

UNIVERSIDAD DE ALMERÍA



Programa de Intervención Psicológica en Tabaquismo

Máster de Intervención Psicológica en
Ámbitos Clínicos y Sociales

Alumno: Manuel Jesús Garrido Pérez

Directora: Francisca López Ríos

**Año académico 2009/2011
Convocatoria de Septiembre**

ÍNDICE

Contenido	Pags.
• INTRODUCCIÓN	3-5
• LA CONDUCTA DE FUMAR	6-9
• ADICCIÓN, NICOTINA Y COMPONENTES DEL TABACO	9-11
• INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN TABAQUISMO	11-18
• PROGRAMA DE TRATAMIENTO PSICOLÓGICO PARA DEJAR DE FUMAR DE LA AECC	19-63
• SESIÓN 0	20-23
• SESIÓN 1	24-29
• SESIÓN 2	30-33
• SESIÓN 3	34-37
• SESIÓN 4	37-42
• SESIÓN 5	43-47
• SESIÓN 6	47-50
• SESIÓN 7	50-57
• SESIÓN 8	57-60
• SESIÓN 9	61-62
• SESIÓN 10	62-63
• CONCLUSIONES	64-65
• REFERENCIAS	66-68



INTRODUCCIÓN

El ser humano es autodestructivo, interesado, arriesgado, hedonista e inconsciente. El lector podría no estar de acuerdo con tales adjetivos, sin embargo, estas características explican gran cantidad de situaciones ocurridas en nuestras vidas. Tras lo dicho, hagámonos algunas preguntas como ¿Por qué a pesar de saber que estamos haciendo algo que nos perjudica seguimos realizándolo? ¿Por qué a veces pasamos de largo cuando existe una vía de escape para una situación que nos hace daño? ¿Por qué realizamos conductas que nos pueden pasar factura? ¿Por qué buscamos el placer sin ser capaces de soportar ni un solo segundo el dolor o el sufrimiento? ¿Por qué no queremos ver dónde estamos y lo que nos ocurre y seguimos como si no estuviera pasando? Son muchas preguntas relacionadas con la esencia del ser humano, con el significado de nuestros comportamientos, sencillamente ¿Por qué hacemos lo que hacemos?

Con este párrafo, tan sólo se pretendía sentar algunas bases para comprender un poco más que la mayoría de las conductas que no nos hacen bien son lógicas desde un punto de vista formal. Es decir, lejos de ser fieles a unas reglas o a unas normas que nos hagan la vida más placentera y plena, nos la complicamos comportándonos de forma congruente para adaptarnos más correctamente a las demandas *inmediatas* del ambiente. Esto puede despistar o hacer experimentar una sensación agrídulce sobre nuestra forma de ser, no estando de acuerdo en absoluto con cada una de las líneas expresadas en este trabajo. Sin embargo, pongamos algún ejemplo que haga esclarecer un poco el sentido de tales palabras. Supongamos una situación en la que un chico experimenta un fuerte terror hacia las arañas, podríamos entender que cualquier persona a su alrededor quisiera hacerle comprender que esos diminutos bichitos no le van a hacer ningún daño y que no debe de tenerles miedo. El chico puede ser consciente de ello, comprender las palabras de su interlocutor e incluso estar de acuerdo con él, pero su miedo no desaparece y en el momento en el que aparece una araña huye rápidamente del lugar alejándose por completo. Podemos ser conscientes de que lo lógico, lo normal, es huir cuando existe un peligro, en este caso observar la presencia de algo que nos perturba y ante el cual sentimos tanto miedo que tan sólo queremos salir del lugar. ¿Quién se atrevería a reprocharle por tal comportamiento? Ahora bien, imaginemos que hartado de sentirse así busca ayuda de un profesional que, para su sorpresa, le propone realizar algo



que no esperaba para superar su miedo, consistente en hacer todo lo contrario de lo que ha estado haciendo toda su vida, no huir y afrontar cara a cara su miedo. Es decir, ante una amenaza, sentimos miedo y huimos, tiene mucho sentido, sin embargo, la solución sugiere hacer lo contrario de lo que hacemos de forma lógica y esto lleva tiempo.

Otro ejemplo lo podemos ver en el paciente que acude a consulta solicitando ayuda porque afirma tener depresión. Es decir, nos encontramos ante una persona que está triste, apagada, sin ganas de hacer nada, que no come, que no duerme, que se pasa el día llorando, que no hace nada más que estar tumbado en el sofá o en la cama lamentándose, que no se divierte realizando las actividades que le llenaban, etc. Como en el caso anterior, esta persona pide ayuda a un profesional. Sin embargo, se encuentra con una situación que no le gusta. Él se ha comportado de una forma congruente a su estado de ánimo, no tenía fuerzas para hacer nada y, por lo tanto, no hacía nada, estaba muy triste y lloraba, no realizaba las actividades de antes porque no le apetecía hacerlas, etc. Y ante tal situación, se le propone que aunque no tenga ganas de hacer nada que se levante, que practique el deporte que le gustaba, que salga con sus amigos, que viaje, en definitiva, que se mueva y haga algo para hacer frente a su problema. Se le explica que no hay que sentirse animado para hacer cosas, sino que es recomendable hacer cosas para animarse posteriormente (Pérez Álvarez, 2007). Otra vez más, tenemos un ejemplo en el que la solución a su problema pasa por hacer algo contrario a lo que “lógicamente” le apetecía hacer, de forma incongruente a su estado de ánimo.

Finalmente, ¿Qué tiene que ver esto con el consumo de tabaco? La respuesta es bien sencilla, y es que tal consumo, como conducta que es, está sujeto a las mismas leyes que gobiernan la conducta de comer, salir de fiesta, dormir, jugar a un video juego, etc. En esencia esto es así, aunque es necesario establecer ciertos matices que la diferencian de las anteriores, como por ejemplo, algunos conceptos que van asociados al consumo crónico de tabaco como el de adicción, tolerancia, dependencia, etc.

Todo comportamiento viene precedido de determinadas causas y desemboca en una consecuencia fruto de la acción de tal comportamiento. Es decir, que todo lo que hacemos tiene un sentido y, a veces, pese a ciertas consecuencias aversivas, seguimos realizándolo no importándonos lo que ocurra después. Algunas personas afirmarían que si tal conducta sigue repitiéndose es debido a que no han existido estímulos que hayan sido conceptuados como aversivos realmente. Otros, sin embargo, asegurarán que el



placer de consumir tal acción será mayor que el experimentado por no hacerlo, de hecho al principio se sufrirá por ello. No obstante, la realidad es que la gente fuma, siendo el tabaco la primera causa evitable de mortalidad y morbilidad en nuestro país y a nivel mundial.

En las siguientes líneas se comentarán algunos aspectos de gran relevancia relacionados con el consumo de tabaco, con la conducta de fumar, con los conceptos que la definen, con los medios que están a nuestra disposición para poder combatir tal adicción, para posteriormente exponer el desarrollo de un programa de tratamiento psicológico sesión a sesión. Con ello tan sólo se pretende realizar una pequeña muesca en todo el entramado significativo del consumo de tabaco, contribuyendo a dialogar y analizar los componentes y los elementos que median en la decisión que toma una persona para dejar de fumar y lo consiga. De todos modos, lo que se presenta en este escrito es un grano de arena en la montaña del trabajo de numerosos profesionales en el campo de las adicciones.



LA CONDUCTA DE FUMAR: ALGUNAS CONSIDERACIONES

El Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos declara en 2006 que el Tabaquismo es un problema que se explica fundamentalmente, y en primer lugar, por los factores sociales de disponibilidad, accesibilidad y publicidad; en segundo lugar, por factores psicológicos de reforzamiento y procesos cognitivos; y, en tercer y último lugar, por la dependencia fisiológica de la nicotina (Becoña, 2004a). De esta forma obtendríamos una explicación general y muy básica de la fundamentación que explica el consumo de tabaco, sentando las bases de una visión amplia y sencilla para comprender, a priori, los componentes que se precisa trabajar para dejar de forma efectiva dicho consumo.

Más específicamente, y desde una perspectiva funcional, la conducta de fumar podría explicarse como una combinación entre: 1) ciertos factores de control que incluyen un organismo con unas características biológicas y un repertorio comportamental concretos (en el sentido de haber dispuesto o no en su historia de modelos de consumo, de reglas acerca de los efectos de la sustancia, de contacto directo con ella, etc.); 2) un determinado estado motivacional; 3) unas determinadas condiciones contextuales generales y específicas (como por ejemplo un cierto tipo de ambiente escolar, familiar, laboral, comunitario, la presencia o no de la sustancia en el entorno cotidiano, etc.); y 4) las consecuencias automáticas y/o sociales derivadas de la autoadministración de la sustancia en cuestión (Gil Roales-Nieto, 2003).

Una vez que se adquiere un patrón estable de consumo de tabaco, llegando a convertirse en una adicción, entran en juego una serie de elementos que son los que dificultan el abandono. Es decir, que una vez instaurada tal conducta se produce el desarrollo de diferentes variables responsables del mantenimiento de la conducta de fumar, como las relativas a los efectos de la nicotina, las funciones que ya desempeñan para cada fumador, las relacionadas con la evitación del síndrome de retirada y las derivadas de la pérdida de las consecuencias positivas de tipo social y personal vinculadas al acto de fumar (Gil Roales-Nieto, 2003). Con estos datos se puede comprender más profundamente por qué cuesta tanto dejar de fumar, ya que el hecho de abandonarlo produce efectos desagradables en todos los sentidos, puesto que se comienzan a sentir los síntomas del síndrome de abstinencia unidos a la desaparición de los fuertes reforzadores psicológicos, fisiológicos y sociales asociados al consumo de



dicha sustancia. Por ello, nos encontramos en una situación en la que el hecho de abandonar el consumo de tabaco provoca un malestar generalizado en todos los ámbitos de nuestra vida. Nos volvemos esclavos de una “dictadura química”, en el sentido de que mientras sigamos administrándonos esa sustancia nos encontraremos bien, pero si dejamos de hacerlo sufriremos unas consecuencias muy desagradables, denominadas **Síndrome de abstinencia**. Por ende, ya no solamente se consume para obtener placer, sino también para evitar las consecuencias desagradables de la ausencia de tal sustancia en nuestro organismo. Es decir, se produce un reforzamiento tanto positivo como negativo volviendo a la persona adicta. En la *figura 1* se describen los diferentes síntomas del síndrome de abstinencia asociados al consumo de tabaco y algunas recomendaciones para su afrontamiento.

El hecho de comenzar a consumir no tiene que ver con el azar, sino más bien con situaciones concretas que hacen posible el contacto de la persona con la sustancia, pero para que esto ocurra deben de aparecer ciertas circunstancias como las que se van a enumerar a continuación (Gil Roales-Nieto, 2004): *1) Algún tipo de control incitador a la prueba del primer cigarrillo; 2) la emisión de la respuesta de aproximación al producto o contacto con el primer cigarrillo; 3) algún tipo de control que resulte incompatible con las primeras reacciones al consumo, que resultarán de naturaleza aversiva; y 4) nuevas aproximaciones que se producirán dependiendo de la sensibilidad diferencial a las contingencias sociales o extrínsecas y a las internas provenientes de los efectos de la inhalación del humo, del sabor y olor del tabaco, etc., y que continuarán provocando cambios de naturaleza aversiva por un cierto tiempo.*

Teniendo esto en cuenta, parece ser que el periodo de edad en el que se suele comenzar a adquirir la conducta de consumo de tabaco es entre los 14 y los 17 años, sobre todo por la presión de los otros para realizar dicha conducta, siendo la adolescencia y la juventud las edades de inicio más comunes (Gil Roales-Nieto, López Ríos & Moreno, 2001). Por lo tanto, existen algunas variables que se suelen dar en este rango de edades y que están relacionadas con la adquisición del tabaquismo. Estas variables se pueden resumir en la presión social de los compañeros o amigos, la imitación de las pautas de comportamiento de modelos sociales, la rebeldía hacia patrones sociales adultos, la curiosidad, el deseo de exponerse a riesgos y aventuras y el creciente deseo de independencia (Gil Roales-Nieto, 2004).



Figura 1. Síndrome de abstinencia y recomendaciones.

Síntoma	Recomendaciones para afrontarlo
DESEO INTENSO DE FUMAR	<ul style="list-style-type: none"> • Esperar, las "ganas de fumar" pasarán en dos o tres minutos. • Respirar profundamente dos o tres veces seguidas. • Beber agua o zumo. Masticar chicle sin azúcar o comer algo bajo en calorías. • Permanecer ocupado, trabajo, deportes, aficiones.
IRRITABILIDAD	<ul style="list-style-type: none"> • Hacer una pausa, detener la actividad y reflexionar • Dar un paseo • Ducharse o tomar un baño. • Evitar café y bebidas alcohólicas.
DIFICULTAD DE CONCENTRACION	<ul style="list-style-type: none"> • No exigir un alto rendimiento durante 2 semanas. • Dormir más. • Realizar deporte o alguna actividad física. • Evitar bebidas alcohólicas.
DOLOR DE CABEZA	<ul style="list-style-type: none"> • Ejercicio de relajación, ducha caliente o baño. • Evitar café o alcohol. • Dormir más.
AUMENTO DE APETITO	<ul style="list-style-type: none"> • Beber mucha agua y líquidos con pocas calorías. • Evitar grasas y dulces. • Aumentar la ingesta de verduras y frutas
INSOMNIO	<ul style="list-style-type: none"> • Evitar té, café y colas por la tarde. • Aumentar ejercicio físico por la tarde. • Antes de acostarse tomar la leche caliente o tila. • Ejercicios de relajación en la cama. • Masajes de pie y/o espalda.
CANSANCIO DESÁNIMO	<ul style="list-style-type: none"> • Mantener actividad: Trabajo, deporte, aficiones. • Hacer lo que habitualmente le guste más. • Evitar la soledad, busque la compañía de amigos. • Aumentar las horas de sueño.
ESTREÑIMIENTO	<ul style="list-style-type: none"> • Andar y hacer ejercicio • Dieta rica en fibras. • Beber mucha agua.

Fuente: Moreno Mariscal, S. (2008). *Guía de práctica clínica de adicción al tabaco*. Consejería para la igualdad y el bienestar social, Junta de Andalucía.

Tras todo lo dicho hasta ahora, es evidente darnos cuenta que el hecho de querer abandonar el consumo sea una tarea tan ardua. Es curioso que la concienciación sobre los efectos adversos de la conducta de fumar viene de la mano de la propia experimentación fatal de los síntomas físicos y psicológicos asociados a la administración crónica de nicotina a lo largo del tiempo. Es decir, y de forma más coloquial, el ser humano suele ser plenamente consciente de los efectos nocivos de su conducta cuando está al borde del precipicio. Como ya se ha comentado anteriormente, las personas comienzan a fumar muy pronto, con absoluto desconocimiento de los riesgos que asumen al iniciarse en el tacaco y para cuando pueden apreciar el alcance del problema suelen tener perfectamente consolidado el hábito. En nuestro entorno, es frecuente que los fumadores se empiecen a plantear el dejar de fumar, aunque lo común es querer realizarlo de forma efectiva a partir de los 45 años, cuando ya presentan algún

problema de salud derivado del tabaco, y tras al menos 30 años de consumo activo (Romero Palacios & cols. 1999).

ADICCIÓN, NICOTINA Y COMPONENTES DEL TABACO

Por conducta adictiva o adicción se entiende la capacidad de una sustancia para producir dependencia fisiológica y psicológica de su uso (Gil Roales-Nieto, 2004). Es lógico pensar que si tras la administración de una sustancia las consecuencias fueran aversivas no sería denominada como “adictiva”. Este es el principal motivo por el que la nicotina es considerada como una de las más potentes drogas generadoras de dependencia. Esto se ve reflejado en que mientras que las ventajas y sensaciones placenteras de estar fumando, unidas a la evitación de las sensaciones aversivas y alteraciones por el hecho de no consumir, son inmediatas, los efectos adversos para la salud son muy demorados e incluso probabilísticos, en el sentido de que los perjuicios en uno u otro caso pueden diferir de forma cuantitativamente significativa.

La nicotina constituye el componente bioactivo que contiene el humo del tabaco, como base hidro y liposoluble, resultando ser la sustancia que determina el reforzamiento positivo de la conducta de fumar observado en humanos. Este efecto reforzador de la nicotina se logra gracias a la estimulación de receptores específicos situados en el sistema mesolímbico cerebral. En la actualidad se ha identificado al receptor $\alpha 4\beta 2$ para acetilcolina el que muestra gran afinidad por la nicotina y promueve la liberación de dopamina en el núcleo accumbens y zonas del área tegmental ventral que generan sensaciones placenteras en los fumadores (Regalado-Pineda & cols. 2007). También hay que tener en cuenta que el poder reforzante de la conducta de fumar aumenta bajo un programa intermitente de administración y cuando los estímulos asociados están presentes. De forma resumida, se podría decir que: 1) *la nicotina es una sustancia con gran poder adictivo, equiparable al de otras droga como alcohol, heroína o cocaína*; 2) *actúa a través de los receptores colinérgicos-nicotínicos y produce un efecto casi instantáneo*; 3) *la adicción a la nicotina está mediada, entre otros factores, por el sistema dopaminérgico de recompensa cuyo núcleo central es el núcleo accumbens*; 4) *las clasificaciones internacionales incluyen la adicción a la nicotina entre los trastornos por uso de sustancias, incluyendo la intoxicación, dependencia y síndrome de abstinencia por nicotina*; y 5) *además de los mecanismos*



neurobiológicos, en la adquisición y mantenimiento del consumo de nicotina influyen numerosos factores de tipo sociocultural y personal (Jiménez y cols., 2004).

Está claro que, de forma general, el tabaco produce adicción, dependencia y tolerancia (siendo definida la tolerancia como la ingesta de dosis progresivamente mayores para conseguir los mismos efectos). Según Gil Roales-Nieto (2004), existen una serie de evidencias sobre las fuertes propiedades adictivas de la nicotina, en comparación con otras drogas, que se pueden resumir en las siguientes, y que pueden aclarar otros motivos principales por los que se fuma y por los que cuesta tanto decidir dejar de hacerlo: *1) En su forma habitual de consumo impide la intoxicación, aumentando el potencial de dependencia de la nicotina, puesto que no existen límites sociales o cognitivos para la toma; 2) aunque las drogas tradicionales de dependencia producen profundos efectos agudos, los efectos de la nicotina son tenues para el consumidor y ante los ojos de los demás. Además, produce una multitud de efectos que inciden sobre la ansiedad, la capacidad de concentración, el estado de ánimo, el hambre y la resistencia física; 3) las drogas de dependencia tradicionales son tomadas en dosis únicas, como máximo unas cuantas veces al día y las dosis pueden variar, mientras que la nicotina en forma de cigarrillos se toma muchas veces a lo largo del día y la dosis no varía de una toma a otra; 4) los cigarrillos son mucho más fáciles de obtener que las demás drogas de dependencia; 5) la forma de consumo, en el caso de los cigarrillos, permite una absorción de la nicotina extremadamente rápida, provocando escasa aversividad y costo funcional; y 6) mientras que la mayoría de las drogas son sustancias sometidas a prohibiciones y sujetas a penalización, no ocurre lo mismo con la nicotina.*

Para finalizar este punto, es necesario hablar de los componentes del humo del tabaco para concienciarnos de la cantidad de “productos” que se consumen normalmente con cada insignificante calada de un cigarro. Realmente, cuando un fumador aproxima la boquilla del cigarro a su boca y lo enciende, no tiene por qué conocer las partículas y sustancias químicas que entran en su cuerpo para saber, hoy en día, que el tabaco es perjudicial para la salud. Podríamos resumir algunos de sus componentes en los siguientes: *polonio* (sustancia radioactiva), *compuestos de níquel*, *arsénico* (compuesto situado entre los metales y los no metales y extremadamente tóxico), *compuestos de cadmio*, *nicotina*, *fenol* (es un alcohol), *cresoles*, *cianida de*



hidrógeno (producto altamente inflamable), *formaldehído* (se utiliza para la conservación de muestras biológicas y cadáveres), *uretano* (Daña los órganos que fabrican la sangre, el hígado y el sistema nervioso central. Una exposición crónica puede provocar cáncer), *amoníaco* (se utiliza como producto de limpieza), *monóxido de carbono* y *alquitrán*.

Probablemente, la mayoría de los fumadores no sean conocedores de todo lo que aporta un cigarrillo a nivel componencial, aunque también es igualmente cierto que muchísimos consumidores habituales de tabaco seguirán haciéndolo a pesar de estar al tanto de lo que se acaba de mostrar.

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN TABAQUISMO

El abordaje interventivo en tabaquismo podría establecerse desde diferentes perspectivas, ofreciendo varias modalidades de tratamiento según el posicionamiento profesional, observándose diferencias y similitudes en la eficacia de cada una de ellas. Podríamos hablar de intervenciones desarrolladas en un *contexto médico*, desarrolladas en un *contexto comunitario o social*, o de las desarrolladas desde una *perspectiva psicológica* (Gil Roales-Nieto, 2003). Sin embargo, no es objetivo de este trabajo realizar una revisión exhaustiva de cada una de ellas, sino que nos centraremos en describir brevemente las características más importantes de los tratamientos psicológicos más conocidos, como son *el autotratamiento*, *los procedimientos de autoayuda y de autocontrol*, *las técnicas aversivas*, *la técnica de Reducción Gradual de Ingestión de Nicotina y Alquitrán* y *los Programas Multicomponentes*. No obstante, en la tabla 1 se realiza una descripción más amplia de los principales.

El tratamiento psicológico ha sido el primer tratamiento efectivo disponible para tratar a los fumadores (Becoña, 2004b). Sobre los años sesenta ya se comienzan a aplicar los principios del conductismo en el tratamiento contra el tabaco, sobre todo con la aparición de las técnicas aversivas, los grupos de autoayuda, la hipnosis o el plan 5 días. Posteriormente, en los años setenta fueron surgiendo nuevas técnicas como el control de estímulos, la privación sensorial, la reducción progresiva de la ingesta de nicotina, procedimientos de autocontrol, los primeros programas multicomponente y la prevención de recaídas (Hernández, 2007). La eficacia mostrada por estas técnicas, ha



sentado hoy día las bases del tratamiento psicológico de los fumadores, complementando en muchas ocasiones el tratamiento farmacológico, e incluso mostrando una eficacia, efectividad y eficiencia con la que no se hace necesaria esta última intervención (Becoña, 2003).

Tabla 1.

Principales tratamientos psicológicos del tabaquismo

Técnicas generales de modificación de la conducta

- a) Contrato de contingencias
 - Contrato con el terapeuta
 - Contrato con otra persona distinta del terapeuta
 - Contratos entre empresas y empleados
- b) Técnicas de autocontrol
 - Desensibilización sistemática o control de estímulos y extinción
 - Entrenamiento en relajación
- c) Técnicas aversivas generales
 - *Shock* eléctrico
 - Sensibilización encubierta

Procedimientos psicológicos específicos

- a) Técnicas aversivas específicas
 - Fumar rápidamente
 - Retener el humo
 - Saciación
 - Fumar focalizadamente
- b) Técnicas de reducción gradual del consumo de cigarrillos y de nicotina
 - Cambio de marca de cigarrillos semanal
 - Cambio de marca de cigarrillos diaria
 - Autorregistros
 - Fijar horas para no fumar
 - Fumar de forma programada
- c) Técnicas de modificación de la conducta o de afrontamiento y ensayo conductual
 - Creación de ambientes sin humo
 - Entrenamiento en la búsqueda y realización de conductas alternativas
 - Aprendizaje del rechazo de cigarrillos
 - Técnicas para la disminución del refuerzo positivo
 - Reestructuración cognoscitiva
- d) Plan de 5 días
- e) Medición del monóxido de carbono en el aire espirado. Retroacción fisiológica (*feedback*)
- f) Programas multicomponente

Fuente: Pérez Trullén, A., Clemente Jiménez, M. L. & Herrero Labarga, I. (2003). Otras alternativas terapéuticas de utilidad en la deshabituación tabáquica. En M. Barrueco Ferrero, M. A. Hernández Mezquita & M. Torrecilla García (Dir). *Manual de Prevención y Tratamiento del Tabaquismo*. Madrid: Ergon.



- **El autotratamiento y los procedimientos de autoayuda y de autocontrol.**

En su manera más simple y básica, el *autotratamiento* implica estar dispuesto a dejar de fumar sin más herramientas que el propio conocimiento e intención de dejarlo, aunque a veces se solicite algún tipo de ayuda mínima (Gil Roales-Nieto, 2003). Es decir, que se podría concluir que el concepto de autotratamiento más puro es el de abandonar el consumo de tabaco por sí mismo sin ningún tipo de ayuda, e incluso, si se consiguiera, es uno de los métodos más eficaces si tenemos en cuenta la relación costo-beneficio.

Es más, algunos estudios muestran que la mayoría de las personas que están dispuestas a dejar de fumar lo hacen por sus propios medios sin buscar ningún tipo de supervisión profesional externa (p.e. Gil Roales-Nieto, López y Moreno, 2001). Claro está que todo ello dependerá no sólo de la intención firme de dejar el tabaco, sino también de tener las habilidades y las herramientas personales suficientes para ser capaz de seguir adelante, estando dispuesto a sufrir y a pasarlo mal para conseguir tal objetivo.

Sin embargo, en caso de que se tengan suficientes habilidades para dejar de fumar de forma autónoma pero se necesite algún tipo de ayuda adicional, existen los procedimientos de *autoayuda* y de *autocontrol*. En este caso se ofrece alguna orientación sobre cómo dejar de fumar, ya sea a través de instituciones y en forma de libros, videos, etc., o mediante la escucha de programas de radio, visionado de anuncios, etc. Además, dentro de un programa de autoayuda es necesario diferenciar dos fases: 1) una primera fase de preparación en la que se centra en proporcionar información para el momento de dejar de fumar; y 2) una segunda fase de intervención en la que se proponen una serie de actividades más concretas encaminadas a favorecer el abandono, prevenir las recaídas y mantener la abstinencia (Gil Roales-Nieto, 2003).

En cuanto a los *tratamientos de autocontrol* han ido encaminados a fortalecer el mantenimiento de la abstinencia, sobre todo por un aspecto esencial que viene a ser el hecho de reducir o eliminar la conducta de fumar. Esto es así porque implica el descenso o eliminación de un comportamiento que provocaba placer a favor de otro tipo de conducta con unas consecuencias que se suponen mejores pero que están muy demoradas en el tiempo, además de ser probabilísticas. Para ello se han utilizado algunas técnicas como la Desensibilización Sistemática o control de estímulos y extinción, técnicas de relajación, etc., (Pérez Trullén y cols. 2003).



Finalmente, es necesario no olvidar algunas consideraciones con respecto a este tipo de procedimientos para dejar de fumar. En primer lugar, que el objetivo final consiste en mantenerse abstinentes estén presentes o no en el ambiente cotidiano todo tipo de estímulos relacionados con el tabaco, ya que es importante que seamos conscientes de que el mundo no va a cambiar porque alguien haya decidido dejar de fumar. Por lo tanto, debemos de estar dispuestos a convivir con todo ello y mantenernos abstinentes. Y en segundo lugar, una vez dicho esto, hay que tener en cuenta tres aspectos relacionados con el hecho de no fumar: *1) que el sujeto tenga un repertorio de autocontrol personal; 2) que esté fuertemente motivado para dejar de fumar; y 3) que tenga una historia de autonomía e iniciativa en la solución de sus problemas cueste lo que cueste* (Gil Roales-Nieto, 2003).

• **Las técnicas Aversivas.**

Este tipo de técnicas se basan, fundamentalmente, en el establecimiento de una respuesta condicionada negativa ante el consumo de cigarrillos, convirtiendo los aspectos positivos como el sabor, la satisfacción, etc., en negativos (Becoña, 2004; De Larriva y Cárdenas, 2008; Gil Roales-Nieto, 2003; Hajek y Stead, 2008; Pérez Trullén, 2003). Según Pérez Trullén y cols. (p. 223, 2003), este tipo de técnicas se basan principalmente en tres premisas: *1) Los aspectos reforzadores de una conducta disminuyen cuando dicha conducta se repite gran cantidad de veces; 2) Cuando una conducta provoca sensaciones muy desagradables, dicha conducta tiende a desaparecer; y 3) Cuando los efectos displacenteros son debidos a consecuencias negativas intrínsecas a fumar, la intensidad de la aversión aumenta siendo su generalización y mantenimiento más probables.*

Las técnicas aversivas más conocidas son las de *fumar rápido, saciación, y retener el humo*. La primera de ellas, es la que más extensión ha tenido y consistía en instruir a los fumadores para que le dieran caladas a un cigarro aproximadamente cada seis segundos hasta que comenzaran a encontrarse mal, marearse o hasta llevar un tiempo determinado. Este procedimiento se encuentra entre los más eficaces, sin embargo, se fue abandonando debido a la dificultad para la generalización de los resultados en el contexto natural, el gran riesgo para la salud y el rechazo por parte de los participantes para realizar este tratamiento (Hernández, 2007). La segunda de las técnicas aversivas, la saciación, es un procedimiento clásico que requiere que un



determinado fumador aumente considerablemente el consumo de cigarrillos durante un tiempo, con el objetivo de que se debilite el poder reforzante de tal conducta (Gil Roales-Nieto, 2003). Se le insta a que hasta cuatriplique el consumo de cigarrillos durante un tiempo concreto, produciéndose malestar, dolores, vómitos, etc., (Becoña, 2004b). Sin embargo, se hace imprescindible, por motivos obvios, el control médico de este tipo de consumo. Y la tercera de las técnicas, consiste en retener el humo, es decir, en utilizar el propio humo como elemento aversivo aguantándolo en la boca durante un periodo de tiempo, provocando efectos menos desagradables que la técnica de fumar rápido. De forma resumida, este tipo de tratamiento consta de unas 8-10 sesiones con un promedio de tres ensayos con 5-6 retenciones de humo. El fumador, como ya se ha comentado, tiene que aguantar el humo del cigarrillo en la boca y la garganta durante unos 30 segundos y, al mismo tiempo, seguir respirando por la nariz (Becoña, 2004b).

- **La técnica de Reducción Gradual de Ingestión de Nicotina y Alquitrán.**

Esta técnica fue desarrollada por Foxx y Brown (1979), con el objetivo de facilitar el abandono del consumo de tabaco reduciendo al máximo los síntomas del síndrome de abstinencia derivados de la retirada de la nicotina. Para ello, se realiza un cambio paulatino del tipo de cigarrillos consumidos por otro de menor contenido de nicotina y alquitrán, realizándose reducciones semanales del 33%, por lo que durante la cuarta semana se intenta conseguir el abandono total del consumo de cigarrillos sin sufrir los efectos adversos del síndrome de abstinencia (López Ríos, Gil Roales-Nieto y Ayllón, 2001).

Existen estudios que demuestran la eficacia de este tipo de tratamientos en comparación con otros (Gil Roales-Nieto, 1992; López Ríos, Gil Roales-Nieto y Ayllón, 2001), e incluso de forma semejante a los programas multicomponentes que se expondrán a continuación. Además, si no se consigue dejar de fumar tras la realización del último cambio se procede a la reducción de cigarrillos, aunque es importante tener cuidado en este sentido, ya que cada cigarrillo fumado podría llegar a ser mucho más reforzante, consiguiendo lo contrario de lo que nos proponemos inicialmente. Lo que se pretende es conseguir un nivel de nicotina en sangre suficiente como para poder dejar el consumo de forma radical sin sufrir los efectos del síndrome de abstinencia. Pero para ello es necesario utilizar una serie de herramientas motivacionales, informativas,



proveer de elementos de afrontamiento, ofrecer feedback sobre los avances, hacer uso del refuerzo positivo, ser conscientes de barreras e intereses, etc.

Comentar que, tanto por su eficacia, como por sus ventajas con respecto a otras técnicas (puesto que no tiene los efectos adversos de los fármacos ni de las técnicas aversivas), que puede ser aplicado a cualquier fumador y que carece de efectos secundarios, esta técnica es una de las que más se está utilizando últimamente, siendo uno de los elementos centrales en muchos de los programas multicomponente (Becoña, 2004b), ofreciendo los mejores resultados en comparación a los demás elementos centrales utilizados en otros programas de este tipo (López Ríos, Gil Roales-Nieto y Ayllón, 2001; Secades y cols. 1999).

- **Programas Multicomponente.**

Estos paquetes multimodales comenzaron a utilizarse en la década de los ochenta y se trata de tratamientos que incluyen varias técnicas de intervención, que se añaden a una estrategia principal que haya demostrado su utilidad para dejar de fumar (Hernández, 2007). Parten de la idea de que si se realiza una combinación de diferentes técnicas, el resultado será mucho mejor que si se aplicasen de forma aislada, sobre todo para prevenir las recaídas.

Se pueden considerar hoy día estos programas multimodales como el tratamiento de elección de tipo psicológico, sobre todo a largo plazo, obteniendo de forma general unos buenos resultados (Becoña, 2004b; Bustamante, 2002; Secades Villa, Díez Álvarez y Fernández Hermida, 1999; Secades Villa y Fernández Hermida, 2001).

De forma muy resumida, los tratamientos multimodales o multicomponente, aplicados tanto en grupo como individualmente, suelen constar de tres fases (Secades Villa, Díez Álvarez y Fernández Hermida, 1999): *Preparación, abandono y mantenimiento*. En la fase de preparación se debe de incrementar la motivación y el compromiso del paciente para el abandono del consumo de cigarrillos. En la fase de abandono se aplica alguno de los procedimientos existentes para dejar de fumar. Y, para terminar, en la fase de mantenimiento, una vez que el sujeto ha dejado de fumar, se trata de potenciar la abstinencia a largo plazo mediante la aplicación de estrategias de prevención de recaídas. En la tabla 2 se exponen de forma un poco más detallada los diferentes elementos que se trabajan en un programa multicomponente.



Tabla 2. Fases y elementos de un programa multicomponente.

Fase	Elementos
Preparación	<ul style="list-style-type: none"> • Movilizar la motivación y el compromiso del cliente <ul style="list-style-type: none"> - Depósitos monetarios contingentes a la asistencia a las sesiones de tratamiento - Revisar las razones para dejar de fumar y los beneficios de abandonar los cigarrillos • Autoobservación: aumento de la concienciación y del conocimiento de la propia conducta • Establecer el día en que va a dejar de fumar (de 1 a 3 semanas) • Entrenarlo en técnicas de automanejo y autocontrol <ul style="list-style-type: none"> - Utilización de autorregistros para identificar los estímulos que eliciten la conducta de fumar - Identificar posibles conductas alternativas a la conducta de fumar - Entrenamiento en manejo del estrés: relajación o ejercicio
Abandono	<ul style="list-style-type: none"> • Estrategias aversivas (ej., fumar rápido, retener el humo, saciación) • Estrategias no aversivas <ul style="list-style-type: none"> - Reducción gradual de ingestión de nicotina y alquitrán - Contratos en los que conste el día de la fecha de abandono • Estrategias farmacológicas <ul style="list-style-type: none"> - Terapia sustitutiva de la nicotina (chicles y parches de nicotina)
Mantenimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Sesiones de seguimiento o llamadas telefónicas • Entrenamiento en estrategias de afrontamiento <ul style="list-style-type: none"> - Estrategias de automanejo para evitar los estímulos elicitors de la conducta de fumar y en conductas alternativas (ej., tomar agua, hacer inspiraciones profundas) - Estrategias de afrontamiento cognitivo-conductual (anticipar situaciones de alto riesgo; planificar habilidades de afrontamiento) - Estrategias para evitar el síndrome de abstinencia: entrenar al sujeto en habilidades conductuales o seguir administrando terapia sustitutiva de la nicotina (chicles o parches) - Estrategias para manejar las caídas (aprender del desliz, etc.) • Apoyo social <ul style="list-style-type: none"> - Uso de ayuda mutua (entre los participantes del grupo de tratamiento) - Buscar el apoyo e implicación de personas próximas al sujeto (esposa, amigos) • Estrategias específicas de prevención de la recaída

Fuente: Becoña, E. (2004a). *Guía clínica para ayudar a los fumadores a dejar de fumar*. Valencia: Socidrogalcohol.

Es importante comentar que existen otra serie de intervenciones encaminadas al abandono de la conducta de fumar que no son tan conocidas o que, sencillamente, están



es su momento inicial, con todo lo que esto conlleva. Es decir, que hay evidencia de otro tipo de orientaciones muy interesantes, aunque no es objetivo de este trabajo enumerarlas todas y describirlas de forma exhaustiva. Sin embargo las nombraremos para hacer saber al lector que los tratamientos psicológicos que se han ido describiendo a lo largo de este apartado no son los únicos que pueden llegar a mostrar eficacia en cuanto al abandono del consumo de tabaco. Algunas de estas intervenciones de las que hablamos son la hipnosis o la acupuntura (Becoña, 2003). Existen algunos estudios que utilizan la hipnosis como elemento principal o complementario (p.e. Elkins y Rajab, 2004; Mendoza Figueroa, 2000; Molina del Peral, 2001; Spiegel y cols. 1993) y también se han publicado numerosos estudios de metaanálisis con la intención de comprobar la eficacia de la acupuntura en el tratamiento del hábito de fumar observando resultados diferentes en cuanto a la eficacia de este procedimiento (p.e. Ashenden y cols. 1997; Riet y cols. 1990; White y cols. 1999). Finalmente, destacar la reciente utilización de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) para el tratamiento del consumo de tabaco, consiguiéndose resultados muy prometedores (Hernández, 2007).



PROGRAMA DE TRATAMIENTO PSICOLÓGICO PARA DEJAR DE FUMAR DE LA AECC.

El procedimiento usado por los profesionales encargados de ejecutar este programa de tratamiento es conocido como *reducción progresiva o gradual de la ingesta de nicotina y alquitrán*, desarrollado por Foxx y Brown (1979) y mejorado unos años más tarde por Foxx y Axelrod en 1983 (Citado en Gil Roales-Nieto, 2003), añadiendo un componente más reduciendo el número de cigarrillos fumados en aquellas personas que no fueran capaces de mantenerse totalmente abstinentes al finalizar el programa.

La filosofía de actuación de este programa se basa en el objetivo de facilitar el abandono del consumo de tabaco consiguiendo reducir al mínimo posible los síntomas derivados del síndrome de abstinencia tras la retirada de la nicotina, por lo que principalmente se propone el cambio en el tipo de cigarrillo fumado hacia otros con menor contenido en nicotina (López Ríos, Gil Roales-Nieto & Ayllón, 2001). Lo que se pretende es llegar a un nivel de nicotina en sangre estable para conseguir posteriormente un abandono total del consumo de tabaco. Sin embargo, cuando esto no es posible se puede usar como modelo alternativo la reducción del número de cigarrillos consumidos, aunque existe el riesgo de que cada uno de los cigarrillos llegue a ser mucho más reforzante si no se realiza un control adecuado del proceso.

La eficacia del tratamiento se debe principalmente a tres componentes: 1) una estrategia de reducción progresiva de la ingesta de nicotina; 2) el autorregistro del consumo de cigarrillos; y 3) una estrategia adicional de reducción progresiva del número de cigarrillos fumados por día para quienes no alcancen la abstinencia con la aplicación de los dos componentes anteriores (Gil Roales-Nieto, 2003).


Este programa se divide en doce sesiones, que se expondrán a continuación, en las que se utilizan diferentes estrategias y herramientas terapéuticas con el ferviente objetivo de conseguir la abstinencia total en cada uno de los pacientes y el desarrollo de un estilo de vida saludable, aunque a veces haya que conformarse con la disminución en el consumo.



SESIÓN 0

Este primer contacto no se conceptualizaría como una sesión en sí, por ello se le ha llamado sesión 0. En este momento se van a realizar algunas pruebas con la intención de iniciar la evaluación de cada posible miembro del grupo para comprobar algunos aspectos de cara a establecer el momento en el que se encuentra cada uno de ellos. En definitiva, es una forma de ir conociendo a los miembros del grupo antes de comenzar el tratamiento, sentando las bases sobre algunos conceptos que se tratarán en cada sesión. Por ello, en este momento se utilizarán diferentes herramientas de evaluación inicial como la entrevista psicológica personal (*Figura 2*), el EEC versión reducida (para evaluar la fase del proceso de cambio y mostrado en la *Figura 3*), el Test de Fagerström para evaluar el grado de dependencia (*Figura 4*) y el de Motivación para dejar de fumar del hospital Henri Modor (*Figura 5*).

Figura 2. Entrevista Psicológica



ASOCIACIÓN ESPAÑOLA CONTRA EL CÁNCER

2.2 ENTREVISTA PSICOLÓGICA

1. **MOTIVO/S PARA DEJAR DE FUMAR**
 - ¿Quieres dejar de fumar?
 - ¿Qué motivo te ha llevado a tomar la decisión de dejar de fumar en este momento?
 - ¿Tienes algún motivo más?
2. **ETAPA DE CAMBIO**
 - Con la ayuda de esta terapia, ¿en cuánto tiempo estás dispuesto a hacer un intento serio para dejar de fumar?
3. **CONSUMO DE OTRAS SUSTANCIAS ADICTIVAS** (Valorar derivación).
 - ¿Consumes alguna otra sustancia adictiva: porros, cocaína, alcohol, café, té, coca-cola...?
 - ¿Y en el pasado?
4. **EQUILIBRIO EMOCIONAL** (Valorar derivación)
 - ¿Tienes en este momento problemas ansiedad, depresión, o cualquier otro problema psicológico?
 - ¿Tomas medicación para tranquilizarte, o para el estado de ánimo...? En caso afirmativo ¿Cuáles?
 - ¿Sigues alguna terapia con un psicólogo/psiquiatra?
 - ¿Y en el pasado?
5. **ESTRÉS PSICOSOCIAL ACTUAL**
 - ¿Estás pasando en este momento por una circunstancia especialmente difícil en tu vida? (Valorar si conviene retrasar)
 - ¿Consideras tu vida estresante? ¿Y tu trabajo?
 - ¿Tienes algún problema con alguien de tu entorno?
6. **ANÁLISIS DE RECAÍDAS /ESTILO ATRIBUCIONAL**

Si ha recaído alguna vez:

 - ¿Por qué motivo volviste a fumar?
 - ¿Por qué crees que no lo conseguiste en aquella ocasión? ¿por qué recaiste? (atribución ante el fracaso)

Durante el tiempo que lo dejaste en aquella ocasión:

 - ¿Por qué crees que conseguiste mantenerte sin fumar? (Atribución ante el éxito)

7. REFERENTES DE ÉXITO / FRACASO

- ¿Conoces a alguien de tu entorno que haya dejado de fumar? ¿A quién?
- ¿Conoces a alguien que haya intentado dejarlo y no lo haya conseguido todavía? ¿A quién?

8. TOLERANCIA AL MALESTAR:

- Si tiene una molestia o dolor pequeño, por ejemplo, si le duele algo la cabeza/muelas ¿Enseguida se toma algo para que se le quite, o aguanta un poco para ver si se pasa solo?

9. TOLERANCIA A LA FRUSTRACIÓN:

- Si algo te fastidia, o algún plan se te chafa... ¿cómo reaccionas?

10. SINTOMATOLOGÍA EMOCIONAL DE SÍNDROME ABSTINENCIA PREVIO

Si ha tenido intentos (de más de 24 horas) de dejar de fumar:


- Recuerde la sensación de malestar que tuvo cuando dejó/intentó dejar de fumar...
- ¿sintió ansiedad, irritabilidad y/o tristeza?

11. IMPORTANCIA DE LA FIGURA CORPORAL

¿Si engorda a causa de dejar de fumar?:

- Rígida: No quiero coger ni un gramo
- Flexible: "Luego me pondré a régimen" , "No me importa engordar"

Figura 3. EEC Versión Reducida

 **aecc**
Contra el Cáncer

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA CONTRA EL CÁNCER

2.3 EEC VERSIÓN REDUCIDA
(Evaluación de la fase del proceso de cambio)

1.-En el último año, ¿cuántas veces dejaste de fumar durante al menos 24 horas?

Ninguna ☐

Una o más veces ☐

2.- ¿Quieres dejar de fumar?

Sí, en menos de un mes ☐

Sí, en los próximos 6 meses ☐

Aún no me lo planteo, no en los próximos 6 meses ☐

Figura 4. Test de Fagerström

TEST DE FAGERSTRÖM SIMPLIFICADO
Medición de la dependencia física

Valora el grado de dependencia de la nicotina en una escala de 0 a 10 puntos.

¿Cuánto tiempo pasa entre que se levanta y se fuma su primer cigarrillo?:

Hasta 5 minutos	3 puntos
De 6 a 30 minutos	2 puntos
De 31 a 60 minutos	1 punto
Más de 60 minutos	0 puntos

¿Encuentra difícil no fumar en lugares donde está prohibido?:

Sí	1 punto
No	0 puntos

¿Qué cigarrillo le costará más dejar de fumar?:

El primero de la mañana	1 punto
Cualquier otro	0 puntos

¿Cuántos cigarrillos fuma al día?:

Menos de 10 cigarrillos	0 puntos
Entre 11 y 20 cigarrillos	1 punto
Entre 21 y 30 cigarrillos	2 puntos
Más de 30 cigarrillos	3 puntos

¿Fuma más durante las primeras horas después de levantarse?:

Sí	1 punto
No	0 puntos


¿Fuma aunque esté tan enfermo que tenga que estar en la cama?:

Sí	1 punto
No	0 puntos

TOTAL..... PUNTOS

Puntuación menor o igual a 4: baja dependencia de la nicotina.
Puntuación con valores entre 5 y 6: dependencia media.
Puntuación igual o superior a 7: alta dependencia de la nicotina.

Figura 5. Test de Motivación para dejar de fumar de Henri Modor



ASOCIACIÓN ESPAÑOLA CONTRA EL CÁNCER

2.5 MOTIVACIÓN PARA DEJAR DE FUMAR

Centro de ayuda al cese del tabaquismo
Hospital Henri Mondor

(Marque con bolígrafo sólo la respuesta que considere mas adecuada)

1. Vengo a la Sesión espontáneamente, por decisión personal	2
Vengo a la Sesión por indicación médica	1
Vengo a la Sesión por indicación de mi familia	1
2. Ya he dejado de fumar durante más de una semana	1
3. Actualmente mi actividad profesional está sin problemas	1
4. Actualmente en el plano familiar todo va bien	1
5. Quiero liberarme de esta dependencia	2
6. Hago deportes o tengo intención de hacerlos	1
7. Voy a estar en mejor forma física	1
8. Voy a cuidar mi aspecto físico	1
9. Estoy embarazada o mi pareja lo está	1
10. Tengo niños de corta edad	2
11. Estoy con buena moral actualmente	2
12. Tengo costumbre de lograr lo que emprendo	1
13. Soy más bien de temperamento tranquilo	1
14. Mi peso es habitualmente estable	1
15. Voy a acceder a una calidad de vida mejor	2

La suma de los puntos obtenidos indica sus posibilidades de éxito:

16 y más.....Muchas probabilidades

12 a 15Bastantes posibilidades

6 a 12Oportunidades reales, pero con dificultades a tener en cuenta

5 y menos... ¿Es éste el momento?

Suma
Puntos

SESIÓN 1

La primera sesión está enfocada en proveer una información inicial sobre el tratamiento, estableciendo un contexto de trabajo idóneo para la intervención. Por ello, este es el momento de comenzar dejando claros cuatro aspectos concretos: **1) el depósito monetario; 2) el compromiso personal en el proceso; 3) la definición del rol de los terapeutas; y 4) trabajar con valores y barreras (balance decisional).**

En cuanto al depósito monetario, consiste en una herramienta terapéutica para fomentar la adherencia de los pacientes al tratamiento. El sentido de realizar tal acción viene de considerar plenamente relevante el compromiso del paciente, además de un instrumento clave en su correcta evolución. En este caso, si consigue asistir a todas las sesiones se le devolverá íntegramente el importe del depósito, pero si va faltando o falta a alguna de las sesiones se le retirará una parte proporcional a las faltas o la totalidad de la cantidad. En la *figura 6* se muestra un ejemplo de modelo de contrato para la realización del depósito monetario.


El dinero no es más que un símbolo de esfuerzo y de compromiso real con uno mismo en la identificación de la existencia o no de una implicación verdadera de la persona en deshacerse del hábito de fumar. Todo proceso de cambio requiere sacrificios, comencemos con uno pequeño para ir marcando las bases de lo que se va a necesitar para abandonar un hábito tan fuerte, tanto a nivel biológico como psicológico.

En referencia al compromiso personal con el proceso, es importante comprender que lo que se pretende no es únicamente conseguir un objetivo a medio-largo plazo, sino ser conscientes de que esto es un camino que hay que ir recorriendo poco a poco, con sus dificultades, sensaciones, sentimientos, emociones, etc., y que el compromiso no es con un terapeuta o con unos familiares, sino con uno mismo. Para todo ello es imprescindible no centrarse únicamente en asistir a las citas y realizar las tareas que se proponen en cada sesión una vez a la semana, sino en ser capaces de tener la suficiente constancia y fuerza para desenvolverse en un proyecto que va a ocupar todos los días de la semana, siendo conscientes de que lo que se haga en esos momentos va a ser lo que marque la consecución de los objetivos específicos y del general, que es dejar de fumar.



Con respecto a la definición del rol de los terapeutas, se centrará principalmente en buscar las herramientas que más se ajusten a las necesidades de los participantes y tareas alternativas en los casos en que las indicaciones previas no sean de utilidad para alguno de ellos. No se trata de convencer, ya que cada uno tendrá sus motivos para dejar de fumar. Finalmente, es necesario marcar la idea de que no existen fórmulas mágicas para abandonar el consumo, puesto que si fuera así no existirían tantos tratamientos disponibles.

Figura 6. Modelo de Contrato



ASOCIACIÓN ESPAÑOLA CONTRA EL CÁNCER

1.1 MODELO DE CONTRATO

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA CONTRA EL CÁNCER
Banco

CONTRATO TERAPEUTICO PARA REALIZAR EL PROGRAMA DE DESHABITUACION TABAQUICA

REUNIDOS:

D/Dª		NIF	
Domicilio		C. P.	
Provincia		Teléfono	

Y, por otra parte, la ASOCIACIÓN ESPAÑOLA CONTRA EL CÁNCER, Junta Provincial de....., SE COMPROMETEN A LO SIGUIENTE:

Por parte del fumador: EN NINGUN CASO SE COMPROMETE A ABANDONAR SU HÁBITO, PERO SÍ A

1. Asistir a todas las sesiones que componen el programa de deshabituación.
2. Realizar un depósito de (...) € en las siguientes condiciones:
 - Asistiendo a todas las sesiones podrá recuperar la cantidad total del depósito, a la finalización del programa.
 - En caso de **falta de asistencia a alguna de las sesiones** perderá €;
 - En caso de **acumular tres faltas: será considerado abandono**, y perderá el depósito inicial que quedará íntegramente como donativo para la Asociación Española Contra el Cáncer.
3. Cumplimentar los cuestionarios del programa.
4. Realizar, entre sesión y sesión, las tareas que se planteen en el grupo.
5. Mantener desconectado el teléfono móvil durante las sesiones.

Por parte de la Asociación Española Contra el Cáncer:

1. Realizar el programa completo de deshabituación tabáquica.
2. Entregar la documentación específica del programa de deshabituación.
3. Devolver la cantidad que corresponda, una vez finalizadas las sesiones que componen el programa.
4. Establecer un periodo de un mes para realizar dicha devolución.
5. Extender el correspondiente resguardo, cuando proceda, para incluir en la Declaración de la Renta.

Para que conste, se firma por ambas partes en _____, a ____ de _____ de _____

Por parte de la A.E.C.C.:

Fdo. _____

El interesado:

Fdo. _____

Para concluir con esta primera sesión, es importante pararnos en este punto, ya que, ésta es la parte de la intervención que de aquí en adelante va a marcar la fuerza de los pasos que se van a dar para dejar de fumar, siendo conscientes de la parte más motivacional del programa. Aquí es donde debemos de observar los valores y las barreras para conseguir de forma eficaz el completo abandono. Para ello se le hace entrega a cada persona de una hoja *figura 7* en la que se van a plasmar los motivos principales por los que quieren dejar de fumar y las posibles barreras que, a su juicio, se van a encontrar. Contemplemos que ahora vamos a poner encima de la mesa motivación y personalidad del fumador. Los motivos mostrarán aspectos de su historia de vida y las barreras evidenciarán los patrones personales que gobiernan la conducta, tanto la que se ve como la que no se ve, y que dificultan la consecución de los objetivos perseguidos.

Figura 7. Balance Decisional

aecc
Asociación Española Contra el Cáncer

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA CONTRA EL CÁNCER

BALANCE DECISIONAL

BENEFICIOS

¿Qué quiero conseguir dejando de fumar?	¿Por qué es importante para mí?

BARRERAS

¿Qué barreras se van a interponer en esta dirección?	¿Qué cosas van a ser difíciles de superar?


No se trata de plasmar motivos generales objetivables, representantes de la mayoría absoluta y de la deseabilidad social, sino de ser conscientes de la propia experiencia y de la necesidad vital de cambiar un aspecto de nuestra vida que no nos gusta, considerándolo prioritario para poder disfrutar de otras cosas posicionadas en un lugar antagónico. Por ejemplo, en el momento en el que se habla de “*salud*” hacemos referencia a una motivación secundaria, ya que no es tal cosa en sí lo que buscamos, sino, más bien, lo que conseguimos teniendo una buena salud, ya sea ver crecer a nuestros nietos, practicar el deporte que nos apasiona, poder disfrutar plenamente de una buena comida y paladearla como nos apetece, etc., controlando el desarrollo de una buena vida y no de una mala.

En definitiva, esta primera toma de contacto pretende contemplar los pros y los contras del camino que hay que recorrer, considerando si estamos dispuestos a ir hacia delante con nuestras motivaciones como combustible y con las barreras con las que nos vamos a encontrar, todo a la vez y fluyendo continuamente.

Como se puede observar, en esta primera sesión, al igual que en la primera toma de contacto con la asociación, se siguen planteando ciertas bases para el momento en el que se comience a trabajar disponiendo el terapeuta de información sobre algunos aspectos concretos. Si en la sesión 0 se realizó la entrevista psicológica, la evaluación del momento personal en el que se encuentra cada participante para dejar de fumar, el nivel de dependencia y la motivación inicial para abandonar el tabaco, en esta sesión se va a medir el tipo de fumar (mediante el Addiction Research Unit, ARU) (*Figura 7*), la historia tabáquica (*Figura 8*) y la primera cooximetría. También se hace entrega del registro del consumo de cigarrillos para anotarlos a lo largo de toda la semana y ofrecer feedback en las siguientes sesiones, observando así la evolución de cada uno.



Figura 7. Addiction Research Unit (ARU)



ASOCIACIÓN ESPAÑOLA CONTRA EL CÁNCER

2.6 "ADDICTION RESEARCH UNIT" (ARU)
West y Rusell (1985)

Presentamos a continuación algunas afirmaciones que la gente hace sobre el fumar. Por favor, señale en cada afirmación el grado que mejor se ajusta a su situación, siguiendo la siguiente escala

0 no le sucede nunca
1 le sucede a veces
2 le sucede bastante
3 le sucede mucho

1. Siento un gran deseo de fumar cuando dejo de realizar cualquier actividad
2. Enciendo un cigarrillo sin darme cuenta que tengo otro encendido en el
3. Me gusta fumar sobre todo cuando estoy descansado
4. Obtengo un gran placer fumando sea cuando sea
5. Tener un cigarrillo en los dedos es una parte del placer que me da fumar
6. Pienso que mejora mi aspecto con un cigarrillo entre las manos
7. Fumo más cuando siento preocupación por algo
8. me siento más estimulado y alerta cuando fumo
9. Fumo automáticamente a pesar de estar atento
10. Fumo para tener algo que hacer con las manos
11. Cuando me quedo sin cigarrillos me es casi insoportable hasta que vuelvo a tenerlos
12. Cuando me siento infeliz fumo más

Clave de corrección del cuestionario ARU:

La puntuación total se obtiene sumando el número correspondiente en cada una de las afirmaciones.

Una puntuación total de 20 puntos o más es alta y sugiere que el sujeto necesitará mucha motivación para tener éxito en su intento de dejar de fumar.

Imagen psicológica ■ Item 06: Ptos ■ Item 19: Ptos ■ Item 23: Ptos Total..... pto	Actividad "mano-boca" ■ Item 05: Ptos ■ Item 10: Ptos ■ Item 22: Ptos Total..... pto	Placer-Relax ■ Item 03: Ptos ■ Item 04: Ptos ■ Item 16: Ptos Total..... Ptos
Sedativo ■ Item 07: Ptos ■ Item 12: Ptos ■ Item 24: Ptos Total..... pto	Estimulante ■ Item 08: Ptos ■ Item 13: Ptos ■ Item 17: Ptos Total..... pto	Adictivo ■ Item 11: Ptos ■ Item 18: Ptos ■ Item 20: Ptos Total..... pto
Automático ■ Item 02: Ptos ■ Item 09: Ptos ■ Item 15: Ptos	Dependencia global ■ Item 01: Ptos ■ Item 14: Ptos ■ Item 21: Ptos	Una puntuación de 6 o más significa que ese "tipo de fumar" es un

Clave de autocorrección del cuestionario ARU:

(Para entregar a los sujetos para que conozcan su resultado y puedan interpretarlo)

- A) Sumar la puntuación de las preguntas nº 6+19+23 =
Si puntúa 6 o más: Le gusta más su imagen cuando fuma
- B) Sumar la puntuación de las preguntas nº: 5+10+22 =
Si puntúa 6 o más: Gran parte del placer de fumar es el ritual que conlleva
- C) Sumar la puntuación de las preguntas nº: 3+4+16 =
Si puntúa 6 o más: Ha asociado fumar a situaciones relajantes o placenteras
- D) Sumar la puntuación de las preguntas nº: 7+12+24 =
Si puntúa 6 o más: Cuando está angustiado coge un cigarrillo
- E) Sumar la puntuación de las preguntas nº : 8+13+17 =
Si puntúa 6 o más: Fuma para despejarse y mantenerse alerta
- F) Sumar la puntuación de las preguntas nº 11+18+20 =
Si puntúa 6 o más: Su nivel de adicción es fuerte
- G) Sumar la puntuación de las preguntas nº: 2+9+15 =
Si puntúa 6 o más: Fuma muchos cigarrillos de forma automática
- H) Sumar la puntuación de las preguntas nº: 1+14+21 =
Si puntúa 6 o más: Se ha acostumbrado a fumar en situaciones sociales



Figura 8. Cuestionario de historia tabáquica

HISTORIA TABÁQUICA

Por favor cumplimente este cuestionario. Sus datos son necesarios para ayudarle en su proceso de abandono del tabaco. Muchas gracias por su colaboración.

NOMBRE Y APELLIDOS _____

EDAD _____ DOMICILIO _____

Tfno /Fax _____ e-mail _____

Sexo ☐ HOMBRE ☐ MUJER

Estado civil ☐ SOLTERO/A ☐ CASADO/A ☐ DIVORCIDO/A ☐ VIUDO/A

Nivel de estudios ☐ SIN ESTUDIOS ☐ DIPLOMADO UNIVERSITARIO ☐ PRIMARIOS ☐ TITULADO SUPERIOR ☐ BUP/COU/FP2

Profesión _____

¿A qué edad probó su primer cigarrillo? _____ ¿Desde qué edad fuma regularmente? _____

¿Por qué empezó a fumar? (motivo principal)

Fumaban casi todos mis amigos	Para sentirme más integrado
Fumaba mi mejor amigo (alguien importante para mí)	Me gustaba el sabor y el olor
Me sentía mayor, me sentía independiente	Otros

¿Cuántos años lleva fumando? _____

Indique el número de cigarrillos diarios que fuma actualmente _____

Marca _____

Actualmente, los cigarrillos los fuma:

Enteros hasta el filtro
Casi todo el cigarrillo
La mitad del cigarrillo
Lo enciendo y lo apago

Actualmente fuman algunas de las personas con las que convive en su domicilio:

☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, señale cual:

Padre
Madre
Cónyuge/pareja
Hijos

Si usted trabaja fuera de casa, ¿considera que trabaja en un ambiente de fumadores?

☐ Sí ☐ No

¿Considera usted a su grupo de amigos como fumadores?

☐ Sí ☐ No

¿Ha reducido el consumo de cigarrillos en el último año?

☐ Sí ☐ No

En caso de que haya reducido, ¿cuántos cigarrillos ha reducido al día? _____

¿Ha intentado dejar de fumar alguna vez?

☐ Sí ☐ No

Si ha respondido afirmativamente, ¿cuántas veces? _____

¿Ha dejado de fumar en el transcurso del último año?

☐ Sí ☐ No

¿Cuánto tiempo estuvo sin fumar?

Una semana o menos	Entre un mes y tres meses
Entre una semana y quince días	Aproximadamente seis meses
Entre quince días y un mes	Más de seis meses

¿Utilizó algún procedimiento para dejarlo?. Indique cuál o cuáles:

Terapia sustitutiva de nicotina	Hipnosis	Reducción progresiva
Terapia farmacológica	Acupuntura	Terapia psicológica individual
Consejo médico	Homeopatía	Terapia psicológica grupal

¿Cuál cree que fue el motivo fundamental por el que recayó la última vez?. Marque sólo una opción

Crisis vital: divorcio, enfermedad, muerte, etc	Celebración o acontecimiento festivo	Premiarse en una situación agradable
Estrés	Depresión, aburrimiento	Tomar alcohol y/o drogas
Engordar	Dificultades en el trabajo	Estar en ambiente de fumadores

¿Cree que fumar cigarrillos puede afectar gravemente a su salud?

Mucho
Bastante
Moderadamente
Poco
Nada

Alguna vez su médico le ha sugerido que deje de fumar?

Nunca
Alguna vez
Muchas veces

¿Consumo de forma habitual alguna de las siguientes sustancias?

Alcohol	Otras drogas: cannabis, cocaína,
Bebidas estimulantes (café, té, colas)	Psicofármacos (tranquilizantes, anfetaminas...)
Analgésico	Otros

Actualmente ¿Se encuentra en tratamiento psiquiátrico o psicológico?

☐ Sí ☐ No

¿Cuál es el motivo?

Depresión
Ansiedad
Psicosis
Problemas de pareja/familia
Otros

Actualmente ¿Desea dejar de fumar?

Totalmente
Bastante
Poco
Nada
No sé

En una escala de 0 (nada) a 10 (máximo), indique: ¿cuál es su deseo de dejar de fumar en este momento? _____

Sus expectativas sobre el programa de tratamiento que va a realizar son:

Muy buenas
Buenas
No sabe
Malas
Muy malas

SESIÓN 2

En el desarrollo de la segunda sesión se van a trabajar cinco aspectos, que son los siguientes: *1) revisión del registro y devolución del informe de evaluación; 2) trabajo con valores y barreras; 3) la técnica de reducción gradual de ingestión de nicotina y alquitrán; 4) presentación y explicación de reglas para el control de estímulo externos en la reducción del consumo; y 5) estrategias para el control estimular.*

El comienzo de las sesiones siempre suele poner las bases de los aspectos relevantes que se van a trabajar en cada una de ellas. Se empieza preguntando a cada uno de los participantes del programa sobre cómo les ha ido durante la semana, sensaciones, pensamientos, acciones, etc., y así ofrecer un feedback de refuerzo ante el correcto afrontamiento y confrontación con las ganas de fumar y hacerles conscientes de las dificultades comprendiendo que no existen realmente pasos atrás, sino situaciones que nos hacen crecer y que nos enseñan lo complicado, a veces, del camino a recorrer.


Por ende, se realiza una puesta en común del registro de consumo realizado a lo largo de toda la semana y se presenta el informe de devolución de la información recibida en el proceso de evaluación. Para ello, se explica un ejemplo de informe hipotético con la intención de mostrar a cada uno de los participantes el modo de interpretar sus propios resultados (*Figura 9*). Gracias a esta información se van perfilando los estímulos que cada uno va asociando al consumo.

Seguidamente se sigue trabajando con los valores y las barreras de cada uno de ellos, puesto que tales agentes van a ser los principales responsables de que se cumplan o no los objetivos personales. Una vez que se muestran los valores y las barreras de cada uno, se plantea la siguiente pregunta: *¿Estarías dispuesto a asumir ese malestar como parte de alcanzar la meta y conseguir tener la vida que quieres y que consideras importante?* Con esto se pretende concienciar de la importancia de los valores, de los motivos por los que realmente queremos dejar de fumar, teniendo presente que tanto las barreras como los valores son piezas de un mismo puzzle. A lo largo de toda la intervención en cada una de las sesiones se hace uso constante de las *metáforas* como



instrumentos de cambio, mostrando similitudes muy gráficas para que se comprenda con más claridad cómo “funciona” de forma general el comportamiento humano.

Figura 9. Ejemplo de informe de cuestionarios



ASOCIACIÓN ESPAÑOLA CONTRA EL CÁNCER

2.9 INFORME CUESTIONARIOS

(Devolución sesión 2)

NOMBRE			
ETAPA			
EEC versión reducida o Motivación Henri Mondor			
FAGERSTRÖM			
ARU			
Puntuación total			
TIPO DE FUMAR			
Imagen psicológica (Asociado a determinadas conductas: café, amigos, salir, etc.)	Actividad “mano-boca” (Se fuma por el gesto como mantener las manos ocupadas)		
Placer-Relax (Se fuma por placer)	Sedativo (Se fuma para disminuir el malestar como el estrés)		
Estimulante (Despeja e incrementa la atención o energía)	Adictivo (Se fuma por fuerte adicción, por necesidad)		
Automático (Se fuma de forma automática)	Dependencia global		
* Tipo de fumar significativo para el fumador			

(Devolución sesión 6)

ESCALA DE AUTOEFICACIA / TENTACIONES	
Resistencia al tabaco (Capacidad del sujeto para no fumar ante determinadas situaciones)	
Situaciones sociales/situaciones que provocan sentimientos positivos: (Capacidad para no fumar en situaciones como salir, estar en compañía, como gratificación...)	
Situaciones que conllevan sentimientos negativos de afecto: (Capacidad para no fumar ante una situación de estrés, angustia, tristeza...)	
Situaciones de hábito y ansiedad: (Capacidad para no fumar cuando existe una alta necesidad de nicotina, y en situaciones de ansiedad)	

La situación es la siguiente, nos encontramos en un punto en el que hagamos lo que hagamos tenemos que sacrificar algo. Es decir, que si nuestros valores iban encaminados a poder jugar con los nietos, poder practicar el deporte que nos apasiona o servir de ejemplo para los más pequeños, nos veremos obligados a guardarle un sitio a las ganas de fumar, la irritabilidad, el nerviosismo, etc. Y al revés, si decidimos seguir fumando intentando engañarnos a nosotros mismo convenciéndonos de que no es tan

malo o estando totalmente convencidos de que no vamos a poder hacerlo, tendremos que olvidarnos de poder jugar de forma saludable con los nietos, practicar ese deporte del que hablábamos o servir de ejemplo para los más pequeños. Es importante que en la mayoría de los aspectos que rodean nuestra vida hemos de vivir con las dos caras de la moneda.

En definitiva, se trata de alterar las funciones de las reacciones privadas procurando que dejen de funcionar como barreras para el cambio, haciendo partícipe a la propia persona en su proceso de abandono del tabaco. *La alteración de las funciones de las barreras a partir de centrar el foco en los valores personales facilita que las mismas sean vivenciadas de otra forma.*

En este momento se comienza a aplicar de forma explícita la técnica de reducción gradual de ingestión de nicotina y alquitrán. Normalmente se centrará en que cada uno de los participantes vaya cambiando de marca de tabaco hasta terminar consumiendo la que menor cantidad de nicotina y alquitrán contiene, abandonando completamente el consumo una vez llegados a este punto. Sin embargo, en muchas ocasiones si esto no funciona de forma eficaz se opta por ir disminuyendo el número de cigarrillos a fumar hasta llegar a cero. Sin embargo, debemos de ser prudentes ya que los intentos para reducir el consumo más allá de 10-12 cigarrillos (nivel estable de nicotina en sangre) puede conllevar un síndrome de abstinencia que se podría ser mayor que si se dejara de fumar completamente de forma brusca.

No obstante el objetivo principal a trabajar durante esta semana es que los sujetos disminuyan el consumo según la tabla que se muestra a continuación. Dependiendo del número de cigarrillos de base de cada participante se irá reduciendo el consumo.

Para facilitar, sobre todo al principio, que se vayan cumpliendo los objetivos a lo largo de toda la semana en cuanto a la reducción del consumo, se explican unas reglas básicas para ayudar a que cada participante vaya teniendo más autocontrol sobre su propia conducta. Es muy importante que se vayan enfrentando continuamente a esas barreras que les impiden dejar de fumar porque gracias a ello experimentarán sensaciones que reconocerán y que con el tiempo podrán llegar a controlar sin ser controlados. Con ellos se podrá enfocar el proceso de abandono centrándose más en los aspectos motivacionales que en los impeditivos. Esas reglas han de tomarlas como una ayuda y no como soluciones generales a modo de recetario, y son las siguientes:



- **Espera un poco antes de fumar cada cigarrillo (mínimo dos minutos).**
- **Aumenta los períodos de tiempo entre que te levantas y fumas el primer cigarrillo.**
- **Después de comer o de cenar espera entre 5 y 10 minutos antes de fumar.**
- **Fuma únicamente tus cigarrillos y rechaza los que te ofrezcan.**
- **Cambia de marca de cigarrillos. Cambia a una que no te guste demasiado y/o que sea baja en nicotina.**
- **Compra las cajetillas de una en una y hazlo sólo cuando se te haya acabado por completo.**
- **Fuma únicamente en horas pares o impares.**
- **Fuma sólo la primera mitad del cigarrillo.**
- **Coloca el tabaco en sitios de difícil acceso y que no estén a la vista.**
- **Fuma con la otra mano.**
- **Elige ambientes en los que no se fume y no haya humo.**

Es importante hacer hincapié en un aspecto que hay que tener en cuenta de cara al afrontamiento de las diferentes adversidades que van a ir apareciendo a lo largo del proceso de deshabituación tabáquica sesión a sesión y que tienen que ver con los síntomas derivados del síndrome de abstinencia. Por ejemplo, es necesario aprender a utilizar diferentes estrategias para el control estimular, sobre todo en referencia a los hábitos alimenticios, puesto que pueden aparecer conductas de riesgo en este sentido por el hecho de estar dejando de fumar. El aumento de apetito es algo habitual cuando se está abandonando el consumo y algunas estrategias para controlarlo se centran en saber diferenciar entre hambre y apetito, controlar los horarios y los lugares, la cantidad de alimento a ingerir y el tiempo empleado, cómo comprar y guardar los alimentos, cómo preparar la comida y diferentes estrategias cuando se come fuera de casa. Después de todo esto, es normal que la mayoría de las personas abandonen cuando dejar de fumar no sólo se plantea como el abandono simple y llano del consumo de cigarrillos, sino que se convierte también en mantener un hábito de saludable, comprendiendo alimentación, práctica de ejercicio físico, control estimular, higiene del sueño, etc. Es decir, que significa dar un giro a un modo anterior de vida en torno al consumo en todos los sentidos.



SESIÓN 3

Los aspectos básicos que se van a trabajar en esta sesión van a ser: **1)** *entrenamiento en respiración diafragmática*; y **2)** *explicación de normas e higiene del sueño*.

En cuanto al entrenamiento en respiración diafragmática, hay que incidir en su importancia como estrategia de afrontamiento ante diferentes situaciones de estrés, nerviosismo, irritabilidad, etc., derivadas sobre todo del síndrome de abstinencia. Es decir, que su uso no se conceptúa como herramienta interventiva sino, más bien, como instrumento de disminución de la activación general para poder avanzar eficazmente hacia el objetivo del abandono del tabaco. Además, conviene que cada uno de los participantes practique diariamente unas tres o cuatro veces al día durante dos minutos. Aquí se vuelve a destacar la importancia del trabajo a realizar a lo largo de la semana y no únicamente en las sesiones semanales en terapia.

Describamos un ejemplo de cómo sería una sesión en respiración diafragmática:

“Concéntrese en su abdomen. Realice una inspiración profunda, tomando aire muy despacio por la nariz, llévelo hacia la parte más baja posible del tronco, note como únicamente se dilata la región abdominal, dilate voluntariamente el abdomen al mismo tiempo que inspira, esta expansión abdominal le atraerá el aire hasta el fondo de los pulmones como si fuera un fuelle.... Concéntrese durante unos momentos en realizar correctamente este movimiento y en sentir el aire llegar hasta el fondo de sus pulmones (25-30sg). Dirija su atención al tórax y observe si se dilata y contrae cada vez que inspira y expira, si es así, significa que no está respirando correctamente con el abdomen. Para ayudarse a identificar donde dirige el aire, puede colocar una mano sobre su estómago y otra sobre su tórax. Concéntrese en respirar abdominalmente despacio.... Comprobando que es el abdomen y no el tórax el que se dilata en cada respiración... (20sg)... respire con el abdomen muy lentamente, sin prisa, note las sensaciones de tranquilidad que se desprenden de esta forma de respirar y disfrútelas... (20sg)... Note como cada vez que expulsa el aire se siente más y más tranquilo (20sg). Observe como el abdomen se dilata cada vez que inspira y como se contrae cada vez que expulsa el aire... respira lentamente... Sin prisa... Sintiendo el aire llegar hasta el fondo de los pulmones. Continúe respirando con el abdomen, fluida y lentamente... concéntrese en sentir estas sensaciones... (25sg). Note como el aire entra, llena sus pulmones, su estómago y como al salir lentamente por la boca, se aflojan las tensiones de su cuerpo, note como los músculos se expanden... Mantenga la atención concentrada en respirar correctamente con el abdomen, despacio, sin prisa... Sintiendo todas las sensaciones asociadas al acto de respirar (25sg).



Continúe respirando abdominalmente, despacio... sin prisa, respire cómodamente sin forzarse... permitiendo que el aire circule por los pulmones, centre su atención en las sensaciones de tranquilidad que se van generando (25sg). Ahora cada vez que inspire o expire cuente mentalmente los segundos que tarda en hacerlo. Emplee el doble de tiempo en expulsar el aire que en cogerlo. Por ejemplo, si al respirar cuenta mentalmente hasta 4, al expirar deberá contar mentalmente hasta 8... Respire abdominalmente muy despacio, sin perder el ritmo en cada inspiración y expiración. Tome aire lentamente por la nariz 1...2... llene completamente sus pulmones... 3...4..., reténgalo y expúlselo lentamente por la boca, emitiendo al mismo tiempo un ruido suave, similar al que hace el viento cuando sopla ligeramente, concéntrese en este sonido y déjese llevar por él... Inspire despacio... expulse el aire... Repita el ejercicio varias veces... despacio, con tranquilidad, durante unos momentos (1 o 1'5 minuto). Ahora deje de realizar el sonido del viento cada vez que expulse el aire y concéntrese de nuevo en realizar correctamente la respiración abdominal”.

Una vez realizados los ejercicios de respiración se pasaría a trabajar con otro de los síntomas que pueden aparecer durante el proceso de deshabituación tabáquica, como es el insomnio. En esta parte de la sesión se va a explicar qué es y qué pautas deberíamos de seguir para combatirlo de forma eficaz. Esta patología se define como la incapacidad para conciliar o mantener el sueño a lo largo de toda la noche, disminuyendo su duración y calidad. Debido a esto se pueden producir graves deterioros tanto a nivel fisiológico como comportamental, ya que no se produce una buena reparación de los procesos corporales deteriorados durante la vigilia. La cantidad recomendada de sueño normal en un adulto comprende entre seis y ocho horas diarias. En este sentido, recordemos las palabras de Woody Allen cuando aseguró que hay que trabajar y dormir ocho horas al día, pero nunca las mismas.

Veamos las diferentes estrategias terapéuticas que se pueden seguir, tanto en la preparación para irse a dormir como en el momento de disponerse a conciliar el sueño. Por tanto, cuando nos queremos preparar para irnos a dormir con antelación es necesario realizar los siguientes pasos:

- **Establecer una rutina horaria para fijar el reloj biológico. Mantenga un horario regular, procurando que la hora de acostarse y levantarse no difiera mucho de un día a otro.**
- **Practicar ejercicio físico regular. Aunque la actividad física mejora la calidad del sueño los ejercicios vigorosos en las tres horas antes de dormir generan un estado de excitación interna que hace difícil conciliar el sueño.**



- **Moderar el consumo de alcohol, especialmente durante la cena o después de ella. A pesar de inducir el sueño, produce despertares precoces y reduce el tiempo total de sueño.**
- **Evitar el consumo de estimulantes, cafeína, té o bebidas de cola, en la noche. No duerma la siesta y, en caso de necesitarlo, que no supere los 20 minutos.**
- **Tome cenas ligeras, pues la ingesta de alimentos en grandes cantidades hace pesada la digestión e impide alcanzar un descanso reparador. Es preferible una cena ligera unas dos horas antes de irse a la cama.**
- **Tomar un baño caliente media hora antes de acostarse puede ayudar a relajarse, así como leer un libro o beber un vaso de leche caliente.**

Y posteriormente, en el mismo instante en que vamos a dormir, sería aconsejable realizar las siguientes acciones:

- **Mejorar las condiciones ambientales, reducir los ruidos y evitar las temperaturas extremas. Procurar que el dormitorio se encuentre a oscuras, en silencio y bien ventilado.**
- **Relájese, no trate de forzar el sueño. Evite las preocupaciones, la cama no es el mejor lugar para pensar, así como tampoco el sitio para realizar otras actividades como leer, revisar cuentas, hablar por teléfono o ver la televisión.**
- **Restricción del sueño: acordar el tiempo de cama al tiempo real de sueño. Posteriormente se irá acortando la hora de acostarse a 15 a 30 minutos.**
- **Después de más de 30 minutos en la cama sin poder conciliar el sueño es preferible levantarse e intentarlo de nuevo un poco más tarde.**
- **No tomar medicamentos contra el insomnio por iniciativa propia. Consultar a un especialista.**

Finalmente, para terminar la sesión se vuelve a hacer hincapié en la reducción de cigarrillos de cada semana. Se va registrando el número de cigarrillos que se han fumado en la semana anterior y se disminuye el consumo para la siguiente semana. Esta pauta se va a seguir hasta que llegue el día en el que se deje de fumar por completo. En esta parte de la sesión es muy importante reforzar los estilos de afrontamiento apropiados, marcando en cada uno de los participantes la idea de que ellos pueden con esto y que conseguirán abandonar el tabaco si se lo proponen firmemente. Cada uno de ellos va mostrando al grupo sus sensaciones, pensamientos, conductas, etc., ante la conducta de fumar. Confiesan sus miedos, sus dificultades y, sobre todo, qué es lo que han hecho para administrarse el número máximo de cigarrillos que pueden fumar cada día. Algunos de ellos pasan parte del día sin fumar para hacerlo sin parar en una franja horaria del día, otros se lo van administrando de forma progresiva a lo largo de todo el



día, afirmando cada uno de ellos, de forma general, que los lugares, situaciones, personas, etc., asociadas al acto de fumar son los estímulos discriminativos contra los que es mucho más complicado luchar.

SESIÓN 4

En esta cuarta sesión se van a tratar aspectos novedosos y otros que se irán trabajando durante todo el proceso de intervención de forma continua. Por ello, el desarrollo de esta sesión se centrará en: *1) el trabajo con valores y barreras; 2) la explicación de la curva del deseo; 3) instrucciones para el día en el que se abandonará por completo el consumo; 4) analizar las respuestas y puntuaciones obtenidas en el ARU como posibles situaciones de riesgo personal; y 5) algunas pautas para prevenir el estreñimiento.*

En este punto del programa es normal que vayan apareciendo reacciones psicológicas como tristeza, deseo por fumar, irritabilidad, pensamientos de no ser capaz, etc., por ello, es necesario tener siempre presentes las motivaciones y los valores que cada uno tiene para poder conseguir dejar de fumar, aceptando poco a poco las barreras que les seguirán allá donde vayan. Como se viene observando a lo largo de las sesiones anteriores, para combatir eficazmente el hecho de fumar es necesario tener presentes ciertos aspectos que van unidos al abandono y al síndrome de abstinencia que es importante saber manejar y afrontar de forma apropiada. Es decir, los síntomas fisiológicos podrán llevarse más o menos farmacológicamente (teniendo extremo cuidado en no sustituir una sustancia por otra, recordando el poder adictivo de los fármacos), pero no se estarán sentando las bases para que sea la propia persona la que tenga el control intrínseco de su vida.

En este instante se hace hincapié en que la persona esté abierta a las diferentes reacciones por las que va a pasar su organismo, una vez que se va alejando de una sustancia adictiva. Es curioso observar cómo funcionan este tipo de sustancias, apoderándose de la debilidad más terrible del ser humano, el sufrimiento. Hoy en día, con todas y cada una de las comodidades habidas y por haber, el hombre se ve cada vez más incapaz de soportar ni el más mínimo atisbo de sufrimiento, situándonos en una



atmósfera de continua búsqueda de placer y de evitación del dolor. En este punto, se plantea como estrictamente necesario pasarlo mal para poder abandonar con éxito el consumo de tabaco. Esto es irremediable por el simple hecho de los síntomas tan molestos derivados del síndrome de abstinencia. Uno de los mayores problemas de las sustancias adictivas, como la nicotina, es que producen placer a muy corto plazo y sufrimiento cuando se abandonan. Esto es así. Por ello las motivaciones que hacen que nos planteemos dejar de fumar tienen que ser lo suficientemente potentes como para hacernos capaces para soportar sensaciones como el estrés, la irritabilidad, el nerviosismo, el fuerte deseo por fumar, los pensamientos de ser incapaz de conseguirlo, el no poder pensar en otra cosa que no sea el tabaco y el realizar, en definitiva, un cambio general en nuestro modo de vida. Para conseguir hacer consciente a cada persona de que tanto lo positivo como lo negativo van cogidos de la mano, se puede utilizar un instrumento muy valioso y sencillo como son las metáforas.

A partir de aquí se explicará qué es *la curva del deseo*. Si nos damos cuenta, una de las estrategias de intervención más potentes con la que contamos es *la información*. Es decir, cuando una persona conoce el mecanismo de funcionamiento de cada proceso que le va ocurriendo a lo largo de cada sesión se convierte en una pieza fundamental de control sobre lo que le ocurre. Aunque debemos de ser cautelosos a la hora de utilizar el término “control”, puesto que no se le quiere dar el sentido de manipulación de los procesos que actúan en el hecho de abandonar el tabaco, sino más bien como constructo que denota la participación activa de cada uno comprendiendo lo que le sucede y adelantándose a los posibles efectos adversos del tratamiento.

Para explicar la curva del deseo, tenemos que definir qué es el *craving*. Este constructo surgió del hecho de observar cómo muchas personas drogodependientes seguían consumiendo droga a lo largo del tiempo, aún a pesar de hacer tremendos esfuerzos por dejar de tomarla. Esto llevó a pensar que la razón que empuja a una persona a seguir consumiendo tenga que ver con un deseo incontrolable e irresistible de seguir tomando esa sustancia de la que es dependiente (Muñoz García, 2007). Este deseo tiene una duración aproximada de dos o tres minutos, aunque vuelve a aparecer posteriormente. Como es normal, a medida que va pasando el tiempo tras el abandono total del consumo, este deseo va disminuyendo poco a poco. Aunque en algunas ocasiones este deseo puede durar incluso más de seis meses (Becoña, 2004a).



En este punto es necesario hacer entender que es imposible controlar o evitar el deseo como tal y, por ello, lo único que podemos hacer es dejar pasar ese corto periodo de tiempo hasta que desaparezca. Un ejercicio muy ilustrativo que puede mostrar el funcionamiento de nuestra mente con respecto a la imposibilidad de control sobre algunas cosas es el siguiente:

Os voy a dar una serie de números que tendréis que recordar, ¿de acuerdo? Los números son 1, 2, y 3: ¿Cuáles son los números? Los sujetos señalarán los números indicados. Bien, vamos a repetir de nuevo, ¿Cuáles son los números? 1, 2, 3. Bien, pues ahora vamos a tratar por todos los medios de olvidar que los números son 1, 2, 3. Mientras tanto durante un par de minutos el terapeuta continua explorando los pensamientos y sensaciones que se les presentan de manera instantánea cuando aparece el deseo como: “me apetece fumar, no puedo resistirlo más”; “no puedo más, tengo que fumar”, “necesito un cigarrillo ya”, “no voy a ser capaz”, “no voy a poder”, “total por uno”, las sensaciones en la garganta, la necesidad de tener algo en la mano, la sensación de ahogo, la irritabilidad... En este momento el terapeuta estratégicamente pregunta: ¿Alguien me puede decir cuáles son los números? Los miembros del grupo recordarán los números 1, 2, y 3 y el terapeuta insistirá en que a pesar de que habían recibido la instrucción de olvidarlos, probablemente esto vaya a ser imposible. Se discute que al igual que pasa con los números pasará con el deseo... por mucho empeño que pongamos en controlarlo seguirá apareciendo, y lo más importante, que intentar que no aparezca no va a dar resultados.

Una vez realizado tal ejercicio, el terapeuta comenta que cada uno vaya experimentando con el deseo durante la semana y para la próxima sesión se seguirá trabajando este aspecto, poniéndolo en común en el grupo.

A continuación se darán ciertas instrucciones con respecto al día en el que se abandone por completo el consumo. Se va hablando de forma más explícita cómo podría ser ese día y lo que podríamos hacer para llevarlo lo mejor posible. Hay que tener en cuenta que ya llevamos un mes de terapia, por lo que hay que ir añadiendo aspectos fundamentales de forma paulatina, fomentando así la familiaridad con todos y cada uno de los procesos por los que se va a ir pasando a lo largo de las sesiones.

Es importante eliminar estímulos desencadenantes del deseo como cigarrillos, ceniceros, mecheros, etc., plantearse objetivos a corto plazo (“hoy no fumo”), no discutir con el deseo (el deseo viene y va), reforzar el compromiso y la red social (comunicar la decisión a las personas más cercanas) y reforzar los logros. Las instrucciones que se pueden seguir para el día D (día en el que deja de consumir) son las siguientes:

- **Dile a todo el mundo que vas a dejar de fumar, sin miedos, sin dudas.**



- **Busca aliados:** amigos, compañeros o familiares que se apunten a intentarlo, el proceso de abandono en compañía es mucho más fácil e incluso más divertido.
- **Recuerda tus objetivos,** son las direcciones valiosas a las que quieres llegar.

• *En tu primer día sin fumar...*

- **Piensa únicamente en el día de hoy y repítete “hoy no fumo”,** no pienses en mañana, sólo en hoy.
- **Para comenzar el día sin prisas puede ayudarte levantarte un poco antes de lo habitual y realizar pequeños ejercicios.** Termina con una ducha de agua templada.
- **Desayuna y arréglate como si tuvieras una cita importante.**
- **Romper la rutina diaria puede ayudarte,** si puedes utiliza una ruta diferente, desayuna en un lugar diferente, y lo que puedas hacer caminando no lo hagas en coche.
- **Bebe mucha agua a lo largo del día,** ya que ayuda a reducir la nicotina del organismo.
- **Si crees que tomar café, alimentos fritos, salchichas picantes o alimentos muy salados va a aumentar tu deseo de fumar,** evítalos durante los primeros días. Después ve haciendo aproximaciones...cambia el lugar o forma de tomarlos.
- **Durante tu tiempo libre, elige actividades y lugares limpios de humo.**
- **Aprovecha para hacer algo que siempre has deseado y hasta ahora has pospuesto.**
- **Si consideras que tomar bebidas con alcohol pueden incrementar tu deseo de fumar puedes sustituirlas por refrescos sin azúcar, agua y zumos de frutas ricos en vitamina C (cítricos).** De esta forma, compensarás las pérdidas vitamínicas y minerales producidas por el consumo de tabaco.

• *Y en los momentos más difíciles del día...*

- **No podemos dejar de fumar sin pasarlo mal.** Lo normal es tener muchas ganas de fumar... pero no puedes dejar que se convierta en una excusa para desviarte de tus objetivos.
- **Podemos tener pensamientos y sensaciones desagradables sin hacerles caso.** Recuerda la metáfora del anillo en la basura.
- **El deseo de fumar igual que viene se va.** No discutas con el deseo, sencillamente ignóralo.

• *Al llegar la noche...*

- **Haz balance del día y selecciona dos aspectos positivos para ti.**
- **Prepárate para un descanso reparador con un baño, un vaso de leche o alguna infusión relajante.**
- **Cuando te vayas a dormir, recuerda que lo importante es actuar en la dirección que consideramos valiosa en este momento (recuerda tus motivos).**



Finalmente, llegados a este punto, y al explicar todo el proceso implicado en el deseo irrefrenable de fumar o craving, se vuelve a realizar un análisis de las respuestas y las puntuaciones obtenidas en el ARU como posibles situaciones de riesgo personal. Por ello, se valora en qué tipo de fumar hemos obtenido mayores puntuaciones, caracterizando así la esencia de la conducta de fumar en cada uno de los participantes. Por ejemplo, si una persona ha obtenido una puntuación alta en *imagen psicológica* y en *actividad “mano-boca”*, estaríamos ante un tipo de fumador social, dependiente de un contexto relacionado por ejemplo con situaciones como tomar café, salir con amigos, salir de fiesta, etc., y por el hecho de tener algo en las manos para mantenerlas ocupadas. Por ello, en estos motivos son en los que esta persona debería de hacer hincapié para no recaer, siendo más cauteloso y planteándose el modo en el que utilizar diferentes estrategias de afrontamiento para mantenerse abstinentes.

Y para concluir con la sesión, se pueden mostrar algunas normas para prevenir otro de los posibles síntomas del síndrome de abstinencia como es el estreñimiento. Como vemos, es importante dar importancia a cada una de las afecciones derivadas de tal síndrome, puesto que el apropiado manejo de tales síntomas va a determinar que se termine abandonando o no el consumo de nicotina fumada. Tales normas son las siguientes:


- **Tome todos los días verduras (preferiblemente crudas, frutas, hortalizas y pan integral).** Esta alimentación es rica en fibra y ayuda a retener agua, con lo que las heces son más fluidas.
- **Beba abundante líquido a diario (al menos 1'5 L).**
- **Coma despacio y mastique bien los alimentos. Procure comer a horas regulares.**
- **Habítuese a ir al servicio a un horario regular procurando ir con tiempo suficiente y sin prisas.**
- **Haga ejercicio físico moderado diariamente: tómese tiempo para andar, ir en bicicleta, hacer gimnasia, etc.**
- **Use laxantes solamente si su médico le dice que debe hacerlo, ya que pueden producir alteraciones intestinales y crear hábito.**
- **La dieta rica en fibra, y especialmente en salvado de trigo, incrementan el volumen de las heces, disminuye la presión intraluminal del colon y regula el tránsito intestinal.**

Finalmente, en esta sesión se instruye a cada miembro del grupo que cumplimente otra escala, con el objetivo de ver, llegados a este punto, el nivel de autoeficacia para afrontar los diferentes síntomas del síndrome de abstinencia. En la *figura 10* se muestra



esta escala denominada Escala de Autoeficacia/Tentaciones. Los resultados se comentarán en la sexta sesión.

Figura 10. Escala de Autoeficacia/Tentaciones



ASOCIACIÓN ESPAÑOLA CONTRA EL CÁNCER

2.8 ESCALA DE AUTOEFICACIA/TENTACIONES - Formato extenso

Velicer, Diclemente, Rossi y Prochaska (1990)

Seguidamente encontrará situaciones que conducen a algunas personas a fumar. Nos gustaría saber **QUÉ TENTACIÓN DE FUMAR SIENTE USTED** en cada una de estas situaciones.

Por favor responda a estas preguntas utilizando la escala de puntos del 1 al 5.
El 1 = ninguna tentación de fumar y el 5 = una tentación extrema de fumar

Qué tentación de fumar siente usted...	Ninguna tentación	No mucha	Moderadamente tentado	Muy tentado	Extremadamente tentado
1. Tomando una copa en un bar	1	2	3	4	5
2. Cuando me apetece un cigarrillo	1	2	3	4	5
3. Cuando las cosas no me salen como quiero y me siento frustrado	1	2	3	4	5
4. Cuando estoy con mi pareja o amigos que están fumando	1	2	3	4	5
5. Cuando tengo discusiones o conflictos familiares	1	2	3	4	5
6. Cuando estoy feliz y celebrando algo	1	2	3	4	5
7. Cuando estoy muy enfadado con alguien o por algo	1	2	3	4	5
8. Si experimentara una crisis emocional, a raíz de un accidente o una muerte en la familia	1	2	3	4	5
9. Cuando veo a alguien fumando y disfrutándolo	1	2	3	4	5
10. Durante el café mientras hablo y me relajo	1	2	3		5
11. Cuando me doy cuenta de que dejar de fumar es una tarea muy difícil para mí	1	2	3	4	5
12. Cuando siento "ansia" (deseo intenso) de un cigarrillo	1	2	3	4	5
13. Nada más levantarme de la cama	1	2	3	4	5
14. Cuando siento que necesito levantar el ánimo	1	2	3	4	5
15. Cuando empiezo a preocuparme menos de mi salud y estoy menos activo físicamente	1	2	3	4	5
16. Con amigos en una fiesta	1	2	3	4	5
17. Cuando me levanto por la mañana y tengo que enfrentarme a un día duro	1	2	3	4	5
18. Cuando estoy extremadamente deprimido	1	2	3	4	5
19. Cuando estoy extremadamente nervioso o estresado	1	2	3	4	5
20. Cuando me doy cuenta de que hace tiempo que no he fumado	1	2	3	4	5

Clave de corrección para la escala de autoeficacia/tentaciones:

La escala de autoeficacia/tentaciones (formato extenso) proporciona una medida de confianza en la resistencia al tabaco en diferentes situaciones.

La puntuación global se obtiene a través del sumatorio de las puntuaciones señaladas en cada uno de los 20 ítems. El intervalo de las puntuaciones de la escala es desde 20 a 100 puntos.

Además, hay tres sub-escalas que miden amplios aspectos de la autoeficacia percibida para resistir el tabaco:

- Situaciones sociales/situaciones que provocan sentimientos positivos (ítems 1, 4, 6, 9, 10 y 16). Las puntuaciones van desde 6 a 30 puntos.
- Situaciones que conllevan sentimientos negativos de afecto (ítems 3, 5, 7, 8, 18 y 19). Las puntuaciones oscilan desde 6 a 30 puntos.
- Situaciones de hábito y ansiedad (ítems 11, 13, 14, 15 y 20). Las puntuaciones van desde 5 a 25 puntos.

Las puntuaciones de las sub-escalas se obtienen sumando las respuestas a los ítems correspondientes a cada sub-escala.

SESIÓN 5

Esta sesión se va a centrar en los siguientes aspectos: *1) Análisis y puesta en común de situaciones en las que ha aparecido una necesidad urgente por fumar; 2) explicación del proceso de recaída: diferencia entre caída y recaída; 3) fomentar el mantenimiento de la abstinencia trabajando las ideas erróneas sobre el proceso de recaída; y 4) las señales de alerta.*

Se comienza la sesión centrándonos en las experiencias personales de cada uno de los participantes en referencia al deseo de fumar durante la semana. Se ponen en común intentando fomentar en el grupo la identificación personal, la necesidad de sentirse comprendidos y no juzgados, etc., reforzando el hecho de no haber fumado o de haberlo hecho tan sólo en algunos momentos consiguiendo enfrentarse al fuerte deseo de hacerlo. Posteriormente, se sigue profundizando en este concepto utilizando diferentes metáforas, en este caso la del *globo en el estómago* es muy adecuada.

El deseo de fumar se parece a un globo en el estómago, que cada vez se hace más grande y puede explotar dentro. En ese momento el fumador cree que lo único que puede hacer para aplacar el deseo es fumar. Sin embargo, es posible que haya otro modo de aplacar el deseo. Por ejemplo, ¿Qué pasa si el deseo es como una ola que vemos a lo lejos, al principio no es muy grande pero poco a poco va creciendo? Si seguimos mirando esa ola que va creciendo y creciendo, nos damos cuenta de que llega un momento en el que la cresta de la ola llega a su punto máximo y entonces, simplemente, la inmensa ola se rompe en la playa en mil pedazos. Y ese globo que notas creciendo en tu interior, que lo ves con mucho poder y fuerza, es como la ola que va creciendo, que nos puede arrollar si luchamos contra ella, pero que si la contemplamos desde lejos, sin hacer nada especial, nos damos cuenta de que llega un momento en que no crece más y finalmente se desvanece.

El motivo principal por el que se hace hincapié en el deseo irrefrenable de fumar tiene que ver con la posibilidad de volver a consumir, una vez que se haya abandonado el consumo, y el miedo que esto provoca en cada uno de los participantes. Por ello, es un buen momento para hablar del proceso de recaída, basado en el *Modelo Teórico de Prevención de Recaídas* de M. A. Marlatt y Gordon de 1985. Antes de comentar brevemente el modelo, es importante hacer saber que el hecho de recaer o de no hacerlo no va a depender únicamente del grado de adicción, sino también de los recursos



personales que se posean, de su estabilidad psicológica y habilidades personales y del apoyo social y familiar con el que se cuente, considerándose las principales situaciones provocadoras de recaídas el afrontamiento de estados emocionales negativos como la frustración, la ansiedad o la tristeza; la presión social de consumo; la mejora del estado emocional positivo en situaciones de relación social, celebraciones, fiestas, encuentros, etc. (De Larriva Casares & Cárdenas Abad, 2008); y los conflictos interpersonales.

Según el modelo, la recaída es un fallo en el autocontrol del sujeto. La recaída se produce al exponerse a una situación de riesgo sin ser capaz de responder con las estrategias de afrontamiento adecuadas para garantizar el mantenimiento de la abstinencia. Sin embargo, si una persona puede emitir una respuesta de afrontamiento adecuada en una situación de riesgo, la probabilidad de recaída disminuye y percibe una mayor sensación de control que además se asocia con la expectativa positiva de superar la próxima situación de riesgo, produciéndose en la persona un considerable aumento de la percepción de autoeficacia. Además, a medida que aumenta la duración de la abstinencia y el individuo puede afrontar eficazmente cada vez más situaciones de forma acumulativa la probabilidad de recaída disminuirá.

Sin embargo, cuando se produce un fallo se experimenta lo que se ha denominado ***Efecto de Violación de la Abstinencia (EVA)***, caracterizándose por dos elementos como son la *disonancia cognitiva* relacionada con el conflicto y la culpa y un *efecto de atribución personal*. Con respecto al primero, se considera un estado psicológico en el que aparecen pensamientos como “no hay nada que yo pueda hacer para dejar de fumar”, “soy un adicto y lo seré siempre”, etc., produciéndose una sensación contradictoria por el hecho de querer dejar de fumar y, a pesar de ello, haber fumado. El segundo de los elementos del EVA tiene que ver con el hecho de atribuir la conducta de fumar a factores incontrolables/controlables e inamovibles/movibles, hecho que hará más o menos probable la recaída.

Una vez explicado esto en el grupo, es necesario explicar algo muy importante en todo proceso de deshabituación, y es la diferencia entre *caída* y *recaída*. El primer concepto se refiere a la primera transgresión de las reglas que pueden o no llevar al consumo donde se comienzan a experimentar síntomas antes de que se produzca la recaída. Por ello, permite todavía utilizar estrategias para prevenir la vuelta al consumo.



El segundo concepto se produce después de la caída e implica la vuelta al consumo e incluso al mismo realizado en la línea base del tratamiento. A pesar de la sencillez de tal diferencia, es algo en lo que la mayoría de los participantes nunca habían llegado a tener presente.

En conclusión, con esto se pretende hacer llegar que es normal dar pasos atrás, tener momentos de debilidad, pensamientos de ser incapaz de conseguirlo, experimentar emociones negativas, sufrir, etc., sin embargo, lo más importante es no desistir y ser conscientes de que si se quiere se puede y que volver a caer o a recaer puede ocurrir, pero que lo verdaderamente importante es seguir a pesar de los contratiempos. En esta dirección se encamina la intervención, en ir realizando un feedback continuo a la vez que se van llevando a cabo diferentes acciones interventivas para contemplar los estilos de afrontamiento positivos, las debilidades, los pensamientos, las sensaciones, etc., con el objetivo de fortalecer los aspectos positivos y de intentar mejorar, en la medida de lo posible, el afrontamiento de las barreras que van a estar presentes a lo largo de todo el proceso de deshabituación.

La *tabla 3* que se presenta a continuación, muestra algunas estrategias que se pueden usar para prevenir las recaídas en la medida de lo posible (Becoña, 2004b):

Tabla 3. Estrategias de Prevención de la Recaída

- Evitar situaciones de riesgo (especialmente durante las primeras semanas).
- Escape (abandonar la situación de riesgo).
- Distracción.
 - Estrategias cognitivas.
 - Imaginación (asociar fumar con consecuencias aversivas del tabaco).
 - Reestructuración cognitiva (cambio de percepción de la situación).
 - Autoinstrucciones (darse a uno mismo instrucciones para mantenerse abstinente).
 - Estrategias comportamentales.
 - Relajación.
 - Actividad física.
 - Comportamientos alternativos más adecuados (ej., beber un vaso de agua o de zumo, mascar chicle sin azúcar, dar un paseo, llamar a un amigo/a por teléfono, etc.).
 - Habilidades asertivas (rehusar cigarrillos, solicitar apoyo durante una crisis, etc.).
- Retrasar el deseo de fumar.
- Recordar caídas o recaídas que se hayan tenido en el pasado.

Es importante en este punto señalar la relevancia de utilizar las experiencias tanto negativas como positivas como aprendizaje de cara al futuro. Por ello, es fundamental la



práctica. En este punto se dispone de experiencia personal en el abandono del consumo, puesto que ya deberían de llevar algo más de una semana sin consumir¹. Es importante resaltar la importancia de mantenerse abstinente, ya estemos en situaciones propicias para hacerlo o en otras en las que nos cueste mucho más. Poco a poco, cuando se vayan experimentando cada una de las situaciones que nos ofrezca la vida día a día, se irán asentando con más contundencia las bases para mantener la abstinencia. En este punto es necesario que seamos conscientes de que caer es posible, pero levantarse también y que podemos conseguir nuestros objetivos.

Para concluir con la sesión, trataremos de explicar dos elementos más que forman parte del proceso de comprensión de la recaída. Uno de ellos es hacer entender a cada uno de los participantes que recaer o no mantener los propósitos no es signo de debilidad o de patología y el otro es que la recaída no es algo que suceda de forma imprevisible o repentina, sino que existen una serie de señales que aparecen previamente y a las que debemos de prestarle atención, fomentando la autoobservación. Estas señales, probablemente, irán apareciendo a lo largo de las sesiones de intervención de forma recurrente y por ello es de vital importancia poder reconocerlas. Son las siguientes:

- **Aparición de pensamientos repetitivos con respecto al consumo. Pueden aparecer en forma de ideas relativas al uso del tabaco, sueños, deseos de volver a fumar, etc.**
- **Actitud de desafío con respecto al plan de recuperación. Se manifiestan críticas hacia el tratamiento, terapeuta o institución asistencial.**
- **Descuidar el plan de tratamiento. dejar de asistir a las reuniones programadas, dejar de hacer los ejercicios pautados, etc.**
- **Sentimientos de frustración y/o impaciencia porque el deseo y la necesidad de fumar no desaparece tan rápido como quisiera.**
- **Irritabilidad sin causa aparente, principalmente dirigida a las personas que han ayudado o animado durante el proceso de abandono.**
- **Obsesión con la imagen o consecuencias derivadas del tratamiento. dietas excesivas, preocupación acerca del peso, etc.**
- **Sentimientos de depresión y ansiedad flotantes. Estados emocionales negativos que no necesariamente se relacionan con un evento externo.**

¹ Es importante incidir en algunos aspectos llegados a este punto. El número de participantes que asistían a las sesiones se redujo considerablemente a dos a partir de la cuarta o quinta sesión, con las adaptaciones que eso conlleva. Además, en la quinta sesión todavía ninguno de ellos dejó completamente de fumar, optando por el descenso en el número de cigarrillos consumido más que en el cambio de marca de cigarrillos (según las características del grupo).



- **Discusiones frecuentes en el hogar y familia.**
- **Insomnio, intranquilidad y dificultad para descansar.**

SESIÓN 6

Esta sexta sesión irá encaminada, principalmente, a: *1) profundizar en la diferencia entre “caída” y “recaída” a través de las fantasías de recaída; 2) explicar la importancia de la percepción de eficacia ante posibles situaciones de riesgo, devolviendo al grupo las puntuaciones obtenidas en la Escala de Autoeficacia/tentaciones; y 3) trabajar la autoeficacia a través del “autorregistro de deseo durante la abstinencia”.*

En este caso, la sesión comienza con la realización de la cooximetría, para comprobar los niveles de monóxido de carbono en cada participante², sirviendo esto de refuerzo ante el descenso de tales niveles en cada uno de ellos. Es necesario poner en común cómo han llevado la semana, haciendo siempre hincapié en los puntos fuertes y en los débiles, realizando el terapeuta una explicación en todo momento sobre el funcionamiento de los mecanismos que se van poniendo en marcha en cada situación relatada.

Tras esto, se comienza con un ejercicio muy práctico para observar nuestras posibles herramientas de afrontamiento tras una imaginada caída y recaída. Es decir, se le solicita a un miembro del grupo que imagine cómo cree que podría ser su vuelta al consumo de tabaco. Para ello se realizan una serie de preguntas, tales como *¿Dónde estás? ¿Con quién? ¿Qué es lo que sientes en estos momentos? ¿Cómo es el momento en el que te enciendes el cigarrillo? ¿Cómo es esa primera calada? ¿Qué sientes cuando el humo entra en tus pulmones?*, etc. Con este ejercicio se pretende que la persona prevea ese momento y sea consciente de que podrá decidir dos cosas, fumar o no fumar. Es decir, que aunque pensemos que no vamos a ser capaces de realizar algo, sintamos que no vamos a poder con ello, somos los que decidimos qué es lo que

² Estrictamente, según el programa, la medición de los niveles de monóxido de carbono se realizarían en la quinta y la séptima sesión. No obstante, durante el desarrollo del programa se fueron realizando adaptaciones de este tipo dependiendo del terapeuta y del feedback ofrecido por el grupo, estando la terapia algo más centrada en las características de los participantes que en la rigidez del programa en sí.



finalmente vamos a hacer. Un ejemplo que reflejaría lo comentado podría ser cuando vemos un pastel y nos apetece muchísimo comérselo, tenemos una sensación “irrefrenable” de disfrutar de su sabor, de su textura, su dulce suavidad envolviendo nuestro paladar, sin embargo no existe ninguna fuerza ajena a nosotros que nos empuje a comérselo, siempre podemos actuar en una u otra dirección. Es evidente que no es lo mismo hablar de un pastel que de la adicción a la nicotina, pero la analogía funcional está más que clara.

Posteriormente, se devuelve a cada uno de los participantes las puntuaciones obtenidas en las tres subescalas de la *Escala de Autoeficacia/tentaciones* (situaciones que provocan sentimientos positivos, situaciones que conllevan afecto negativo y situaciones de hábito y estrés). Según lo obtenido en cada escala se perfilarán las perspectivas de autoeficacia de cada uno para mantenerse abstinentes en tales situaciones. En definitiva, lo que se pretende con los resultados de dicha herramienta evaluativa es observar el nivel de afrontamiento de cada miembro del grupo en cada una de las situaciones descritas en la escala y comprobar el riesgo de consumo. Es necesario comprender que las expectativas de autoeficacia determinan las conductas de los sujetos en cuanto a las decisiones que se toman, el esfuerzo que hay que aportar y el tiempo para llevarlas a cabo, aunque no menos importantes son los pensamientos, las sensaciones y las reacciones emocionales que fluyen durante los momentos de tensión ante situaciones de riesgo para el mantenimiento íntegro de la abstinencia.

Este es el momento idóneo para utilizar diversas estrategias de intervención muy didácticas para comprender mejor el concepto de autoeficacia, como es la narración del cuento de *Las Ranitas de la Nata* de Jorge Bucay. Este cuento dice así:

Había una vez dos ranas que cayeron en un recipiente de nata.

Inmediatamente se dieron cuenta de que se hundían: era imposible nadar o flotar demasiado tiempo en esa masa espesa como arenas movedizas. Al principio, las dos ranas patearon en la nata para llegar al borde del recipiente. Pero era inútil; sólo conseguían chapotear en el mismo lugar y hundirse. Sentían que cada vez era más difícil salir a la superficie y respirar.

Una de ellas dijo en voz alta: «No puedo más. Es imposible salir de aquí. En esta materia no se puede nadar. Ya que voy a morir, no veo por qué prolongar este sufrimiento. No entiendo qué sentido tiene morir agotada por un esfuerzo estéril».



Dicho esto, dejó de patalear y se hundió con rapidez, siendo literalmente tragada por el espeso líquido blanco.

La otra rana, más persistente o quizá más tozuda se dijo: «¡No hay manera! Nada se puede hacer para avanzar en esta cosa. Sin embargo, aunque se acerque la muerte, prefiero luchar hasta mi último aliento. No quiero morir ni un segundo antes de que llegue mi hora».

Siguió pataleando y chapoteando siempre en el mismo lugar, sin avanzar ni un centímetro, durante horas y horas.

Y de pronto, de tanto patalear y batir las ancas, agitar y patalear, la nata se convirtió en mantequilla.

Sorprendida, la rana dio un salto y, patinando, llegó hasta el borde del recipiente. Desde allí, pudo regresar a casa croando alegremente.

Con este cuento se trata de dar cabida a la idea de que aunque no se crea que se va a conseguir algo, podemos lograrlo y, precisamente, el hecho de no intentarlo con todas nuestras fuerzas puede ser la causa principal de no tener éxito en nuestros propósitos. Por todo ello, el motor que debe guiar nuestro comportamiento tendría que ser la persistencia. Este hecho permite hacernos capaces de obtener los resultados esperados de forma mucho más efectiva que si nos quedáramos quietos lamentándonos.

Una vez realizado este ilustrativo ejercicio, se pretende ir un poco más allá para seguir trabajando la autoeficacia a través de una herramienta como el “*autorregistro del deseo durante la abstinencia*”, con la que se pretende registrar las situaciones internas o externas de riesgo, el grado del deseo, las estrategias que se utilizan para controlarlo y el valor que da a su comportamiento para resistir el deseo en una escala de 0 a 10 (*Figura 11*). Sin embargo, el uso de este registro es opcional, por lo que se puede pedir sencillamente a los participantes que valoren sus estados emocionales durante la semana y la relación con el deseo de fumar³.

³ De hecho, en este caso se optó por hablar directamente con el grupo de las reacciones emocionales directas producidas durante la abstinencia en relación al deseo de fumar. Es importante volver a incidir en que el número de participantes, a estas alturas, se vio reducido a dos, con las consiguientes adaptaciones en cada sesión.

Figura 11. Autorregistro de deseo durante la abstinencia

REGISTRO SEMANAL DEL DESEO DE FUMAR DURANTE LA ABSTINENCIA										
¿Qué está haciendo? Describe la situación	¿Cómo se siente?							Grado de deseo (0-10)	Estrategias para controlar el deseo	Valor personal (0-10)
	Feliz	Triste	Relajado	Enfadado	Nervioso	Frustrado	Cansado	Aburrido		

SESIÓN 7

En esta séptima sesión se trabajarán diferentes aspectos relacionados con: **1)** la revisión del estado de los sujetos con respecto al consumo; **2)** la revisión del “autorregistro de deseo durante la abstinencia” (en caso de haberse optado por su utilización); y **3)** el trabajo con las emociones.

Al comienzo de la sesión se pondrá en común en el grupo cómo les ha ido la semana en cuanto a si han mantenido la abstinencia o no y qué se puede hacer. Es importante lograr que cada uno de los miembros del grupo sienta que es normal venirse abajo en algunos momentos y verse superado por el deseo de fumar, sin embargo, llegados a este punto es necesario “empoderarlos” haciéndoles conscientes de que son muchos los logros obtenidos y que lo importante, como ya se ha comentado anteriormente, no es caer sino levantarse. Concretamente, si no han conseguido dejar de fumar en este momento, se intenta recordar la diferencia entre caída y recaída y resaltar la importancia de seguir con el programa hasta el final. Aunque parezca un retroceso, deberemos de volver a lo trabajado en la segunda sesión fortaleciendo esas motivaciones que nos han hecho estar aquí, dispuestos a abandonar el consumo del

tabaco. Pero también es igualmente importante tener siempre presentes las barreras que no acompañarán en cada momento y la importancia de saber manejar las emociones surgidas en los malos momentos, ya que son las desencadenantes principales de las recaídas. En caso de no fumar actualmente, pero sin ser capaces de habernos mantenido abstinentes en todo momento, es vital reforzar el mantenimiento del propósito después de sufrir una caída. Por ello, en este momento es necesario trabajar la caída como se hizo de forma imaginada en la sexta sesión para ver los signos de debilidad, las emociones, los pensamientos concretos, etc., que se han tenido para poder fortalecer las muestras específicas de afrontamiento efectivo. Este es un momento en el que se podría utilizar un cuento como ejemplo de que a veces, ante un error (en este caso una caída), la sensación de fracaso es tan fuerte que no nos permitimos sentirnos satisfechos por el trabajo bien hecho y por seguir manteniéndonos abstinentes. Las expectativas pueden jugaros una mala pasada si no nos planteamos nuestros objetivos como algo adaptable y flexible ante las circunstancias, valorando los logros conseguidos. Este cuento del que hablamos se llama *El Círculo del 99* y dice así:

Había una vez un rey muy triste que tenía un criado que, como todo criado de rey triste era muy feliz. Todas las mañanas despertaba al rey y le llevaba el desayuno cantando y tarareando alegres canciones de juglares. En su distendida cara se dibujaba una gran sonrisa y su actitud ante la vida era siempre serena y feliz. Un día, el rey lo mandó llamar.

- Paje – le dijo- *¿cuál es el secreto?*

- *¿Qué secreto, majestad?*

- *¿Cuál es el secreto de tu alegría?*

- *No hay ningún secreto, majestad.*

- *No me mientas, paje. He ordenado cortar cabezas por ofensas menores que una mentira.*

- *No os miento, majestad. No guardo ningún secreto.*

- *¿Por qué estás siempre alegre y feliz? ¿Eh? ¿Por qué?*

- *Señor, no tengo razones para estar triste. Su majestad me honra permitiéndome atenderle. Tengo a mi esposa y a mis hijos viviendo en la casa que la corte nos ha asignado. Nos visten y nos alimentan y además, su majestad me premia de vez en cuando con algunas monedas para darnos algún capricho. ¿Cómo no voy a ser feliz?*

- *Si no me dices tu secreto ahora mismo, te haré decapitar –dijo el rey-. Nadie puede ser feliz por las razones que me has dado.*

- *Pero majestad, no hay ningún secreto. Nada me gustaría más que complaceros, pero no hay nada que os esté ocultando.*

-*Vete, ¡vete antes de que llame al verdugo!*



El criado sonrió, hizo una reverencia y salió de la habitación. El rey estaba como loco. No conseguía explicarse por qué aquel paje era tan feliz viviendo de prestado, usando ropa vieja y alimentándose de las sobras de los cortesanos.

Cuando se calmó, llamó al más sabio de sus consejeros y le explicó la conversación que había mantenido aquella mañana.

- *¿Por qué ese hombre es feliz?*

- *Ah, majestad, lo que sucede es que él está fuera del círculo.*

- *¿Fuera del círculo?*

- *Así es.*

- *¿Y eso le hace feliz?*

- *No, señor. Eso es lo que no le hace infeliz.*

- *A ver si entiendo. ¿Estar en el círculo te hace infeliz?*

- *Así es.*

- *Y él no está.*

- *Así es.*

- *¿Y cómo ha salido?*

- *Nunca ha entrado.*

- *¿Qué círculo es ése?*

- *El círculo del noventa y nueve.*

- *Realmente, no entiendo nada.*

- *Sólo podrías entender si me dejaras mostrártelo con hechos.*

- *¿Cómo?*

- *Dejando que tu paje entre en el círculo.*

- *Sí, obliguémosle a entrar.*

- *No majestad. Nadie puede obligar a nadie a entrar en el círculo.*

- *Entonces habrá que engañarle.*

- *No hace falta, majestad. Si le damos la oportunidad entrará por su propio pie.*

- *¿Pero él no se dará cuenta de que eso significa convertirse en una persona infeliz?*

- *Sí se dará cuenta.*

- *Entonces no entrará.*

- *No lo podrá evitar.*

- *¿Dices que se dará cuenta de la infelicidad que le causará entrar en ese ridículo círculo y aun así, entrará en él y no podrá salir?*



- Así es, majestad. ¿Estás dispuesto a perder un excelente sirviente para poder entender la estructura del círculo?

- Sí.

- Muy bien. Esta noche te pasaré a buscar. Debes tener preparada una bolsa de cuero con noventa y nueve monedas de oro. Ni una más ni una menos.

- ¿Qué más? ¿Llevo mis guardias por si acaso?

- Sólo la bolsa de cuero. Hasta esta noche, majestad.

- Hasta esta noche.

Así fue. Esa noche el sabio pasó a recoger al rey. Juntos llegaron a escondidas a los patios del palacio y se ocultaron junto a la casa del paje. Allí esperaron el alba. Dentro de la casa se encendió la primera vela. El sabio ató a la bolsa de cuero un mensaje que decía: Este tesoro es tuyo. Es el premio por ser un buen hombre. Disfrútalo y no le digas a nadie como lo has encontrado. Después ató la bolsa a la puerta de la casa del criado, llamó y volvió a esconderse.

Cuando el paje salió, el sabio y el rey espían lo que ocurría desde detrás de unos matorrales. El sirviente abrió la bolsa, leyó el mensaje, agitó el saco y al oír el sonido metálico que salía de su interior, se estremeció, apretó el tesoro contra su pecho, miró a su alrededor para comprobar que nadie le observaba y volvió a entrar en su casa.

Desde fuera se oyó cómo el criado atrancaba la puerta, y los espías se asomaron a la ventana para observar la escena. El criado había tirado al suelo todo lo que había sobre su mesa excepto una vela. Se había sentado y había vaciado el contenido del saco. Sus ojos no podrían creer lo que estaban viendo. ¡Era una montaña de monedas de oro! Él que nunca había tocado ninguna, tenía ahora toda una montaña. El paje las tocaba y amontonaba. Las acariciaba y hacía que la luz de la vela brillara sobre ellas. Las juntaba y las desparramaba, haciendo pilas con ellas. Así, jugando y jugando, empezó a hacer montones de diez monedas. Un montón de diez, dos montones, tres montones, cuatro, cinco, seis.... Mientras sumaba, cuando llegó al último montón.... ¡Y era de nueve monedas! Primero su mirada recorrió la mesa, buscando una moneda más. Después miró el suelo y, finalmente, la bolsa. “no puede ser”, pensó. Puso el último montón al lado de los otros y comprobó que era más bajo. ¡me han robado! –gritó– ¡Me han robado! ¡Malditos!. Volvió a buscar sobre la mesa, por el suelo, en la bolsa, en sus ropas, en sus bolsillos, debajo de los muebles.. pero no encontró lo que buscaba. Sobre la mesa, como burlándose de él, un mononcito de monedas resplandeciente le recordaba que había noventa y nueve monedas de oro. Sólo noventa y nueve. “noventa y nueve monedas. Es mucho dinero –pensó– Pero me falta una moneda. Noventa y nueve no es un número completo – pensaba- cien es un número completo, pero noventa y nueve no.” El rey y su asesor miraban por la ventana. La cara del paje ya no era la misma. Tenía el ceño fruncido y los rasgos tensos. Sus ojos se habían vuelto pequeños y cerrados, y su boca mostraba un horrible rictus, a través del cual asomaban sus dientes. El sirviente guardó las monedas en la bolsa, y mirando hacia todas partes para comprobar que no le viera nadie de la casa, escondió la bolsa entre la leña. Después tomó papel y pluma y se sentó a hacer cálculos. ¿Cuánto tiempo tendría que ahorrar el sirviente para comprar su moneda número cien? El criado hablaba solo, en voz alta. Estaba dispuesto a trabajar duro hasta conseguirla. Después quizá no necesitaría volver a trabajar. Con cien monedas de oro, un hombre puede dejar de trabajar. Con cien monedas un hombre es rico. Con cien monedas se puede vivir tranquilo. Terminó su cálculo. Si trabajaba y ahorraba su salario y algún dinero extra que pudiera recibir, en once o doce años tendría lo necesario para conseguir otra moneda de oro. “doce años es mucho tiempo”, pensó. Quizá pudiera pedirle a su esposa que buscara trajo en el pueblo durante un tiempo. Y, después de todo, él mismo terminaba su trabajo en el palacio a las cinco de la tarde, de manera que podría trabajar hasta la noche y recibir alguna paga extra por ello. Hizo cuentas: sumando su trabajo en el pueblo y el de su esposa, en siete años podría reunir el dinero. ¡Era demasiado tiempo! Quizá pudiera llevar al pueblo la comida que les sobraba todas las noches y venderla por unas monedas. De hecho, cuanto menos comieran, más cantidad podrían vender. Vender, vender... Estaba haciendo calor. ¿Para qué querían tanta ropa de invierno? ¿Para qué tener más de un par de zapatos? Era un sacrificio. Pero en cuatro años de sacrificio conseguiría su moneda número cien.

El rey y el sabio volvieron al palacio. El paje había entrado en el círculo del noventa y nueve... Durante los meses siguientes, el sirviente siguió sus planes tal como los había concebido aquella noche. Una mañana, el paje entró en la alcoba real golpeando la puerta, refunfuñando y de malas pulgas.

-¿Qué te pasa? – preguntó el rey con buenas maneras.

- No me pasa nada, no me pasa nada.

- Antes, no hace mucho, reías y cantabas constantemente.

- Hago mi trabajo, ¿verdad? ¿Qué quiere su majestad? ¿Qué sea su bufón y su juglar también?

No pasó mucho tiempo hasta que el rey despidió al sirviente. No era agradable tener un paje que siempre estaba de mal humor.

Posteriormente, se pasa a la revisión del autorregistro de deseo durante la abstinencia, en caso de haberlo hecho. Si es así, se comienza determinando qué estados emocionales predominan para trabajar con más detalle y, seguidamente, se intenta ofrecer un feedback positivo de forma personalizada a cada uno de los miembros del grupo. Sin embargo, antes de comenzar con los registros del grupo se enseña un caso hipotético para observar, de forma externa, un ejemplo de situación en la que una persona describe qué está haciendo, cómo se siente, el grado de deseo, qué estrategias está usando y el valor personal que le otorga a tal situación. Lo importante es poder trabajar con diferentes registros hipotéticos para ver las diferentes posibilidades que pueden existir en un amplio abanico de circunstancias plausibles.

Finalmente, comenzamos a intervenir en otro aspecto fundamental que guía nuestra conducta y que se ha ido trabajando de forma implícita a lo largo de todas las sesiones, **la emociones**. La necesidad de tratarlas, ya de forma directa, viene de los datos observados en diferentes estudios sobre factores de riesgo en el proceso de recaída. Teniendo en cuenta esto, es importante resaltar que las tres principales causas por las que los fumadores recaen provienen de la magnitud de los estados emocionales, sobre todo los negativos (un 40% de las recaídas). Es más, según otros estudios realizados en el campo de la psicología positiva y la inteligencia emocional, el consumo de tabaco se llevaría a cabo por una incapacidad de regulación de estados emocionales como la ira, la frustración, la tristeza, etc., obteniendo un alivio sintomático evidente tras el consumo de tal sustancia.

Al comprender la importancia del papel de las emociones en el consumo de nicotina, se comienza a trabajar con ellas en cada uno de los miembros del grupo, teniendo siempre en cuenta que la diversidad de emociones responsables, en cierta



medida, de la conducta de fumar pueden divergir de una persona a otra. Una vez expuesto en el grupo la relevancia de la regulación emocional en nuestro modo de comportarnos, se seguirá el *Modelo de Inteligencia Emocional* mejorado por Mayer y Salovey en 1997, puesto que ya fueron sentando las bases de lo que es la inteligencia emocional operativizando sus diferentes componentes unos años atrás (Salovey y Mayer, 1990). De forma resumida, este modelo propone cuatro habilidades básicas: **1) Percepción, evaluación y expresión de emociones; 2) Asimilación o facilitación emocional; 3) Comprensión y análisis de las emociones; y 4) Regulación emocional.** Estos componentes de la inteligencia emocional mueven la conducta en consonancia con la conceptualización de “las inteligencias” que posee el ser humano y de su personalidad. No olvidemos la relevancia que tiene el manejo emocional unido a los patrones de personalidad mostrados en cada uno de los miembros del grupo, dando importancia a la convergencia de ambos en cuanto a la conducta de consumo. Como se puede comprobar, son muchos los elementos que se mezclan en el patrón de consumo como las emociones, los pensamientos, las sensaciones, las motivaciones, barreras, patrones de personalidad, historia de vida, estilos de vida saludables o no, etc. En la siguiente tabla se describen las habilidades básicas propuestas:

Tabla 4. Habilidades básicas

Branch	Description of measure
4: Managing emotion	Ability to manage emotions and emotional relationships for personal and interpersonal growth
3: Understanding emotion	Ability to comprehend emotional information about relationships, transitions from one emotion to another, linguistic information about emotions
2: Facilitating thought with emotion	Ability to harness emotional information and directionality to enhance thinking
1: Perceiving emotion	Ability to identify emotions in faces, pictures

Fuente: extraído de Mayer, J. D., Salovey, P., Caruso D. R. y Sitarenios, G. (2001).



En general, lo que se pretende con todo esto es que cada uno comprenda que las emociones son inherentes al ser humano y, todas ellas, tanto las de carácter positivo como las de carácter negativo, cumplen funciones importantes para la supervivencia, que todas las emociones son legítimas, no existen buenas o malas, no pueden ser desconectadas o evitadas y que podemos aprender a manejarnos con nuestros estados emocionales, sin acudir al uso de sustancias externas como el tabaco, si trabajamos ciertas habilidades emocionales.

Finalmente, después de fundamentar lo que se va a realizar en esta sesión, comentemos lo que se va a trabajar concretamente y cómo se va a realizar⁴. En primer lugar, se podría comenzar con la percepción, la comprensión y el análisis de las emociones, es decir, en fomentar la habilidad para identificar las emociones que se asocian con el deseo, la habilidad para entender las relaciones entre las emociones y las situaciones en las que se producen y la habilidad para reconocer las transiciones de unos estados emocionales a otros. Las estrategias de intervención que se podrán utilizar son las siguientes:

- **Cumplimentación del “autorregistro del deseo” (en caso de que el terapeuta haya visto oportuno realizarlo) y análisis de sensaciones fisiológicas y cognitivas implicadas en cada situación emocional.**
- **Revisión de diferentes situaciones y discusión en grupo.**

En segundo lugar, se trabajará la expresión emocional, es decir, la habilidad para expresar correctamente nuestros sentimientos y las necesidades asociadas a los mismos, utilizando las siguientes estrategias de intervención:

- **Modelado.**
- **Role playing.**
- **Ejercicios de expresión emocional.**

Y en tercer lugar, se terminará utilizando diferentes tipos de estrategias para tratar la regulación emocional, es decir, la habilidad para estar abierto a los estados

⁴ Es necesario hacer hincapié en que la mayoría de los ejercicios y actividades propuestos a lo largo de cada una de las sesiones están diseñados para realizarlos en grupo, sin embargo, debido a que el número de personas que siguieron el tratamiento fue muy reducido, no se pudieron realizar todas las estrategias interventivas idóneas para este tipo de programa.

emocionales positivos y negativos asociados al deseo de fumar, la habilidad para reflexionar sobre la información proporcionada por las emociones y la habilidad para regular nuestras emociones sin exagerarlas o evitarlas. Esto se podría conseguir mediante:

- **Exposición a estados emocionales (en imaginación y en situaciones reales).**
- **Ejercicios de debate en grupo y de papel y lápiz para clarificar la información proporcionada por las emociones.**
- **Ejercicios para generar estados emocionales positivos.**

Se concluye la sesión reforzando la evolución de cada uno y realizando una ronda de posibles preguntas o dudas que hayan podido surgir durante el desarrollo de la intervención.

SESIÓN 8

En esta octava sesión se trabajarán diferentes aspectos relacionados con: **1) la revisión del estado de los sujetos con respecto al consumo; 2) la revisión del “autorregistro de deseo durante la abstinencia” (en caso de haberse optado por su utilización); 3) el trabajo con emociones positivas; y 4) fomentar la autorreflexión sobre bienestar emocional.** Es decir, que los dos primeros objetivos de esta sesión son similares a los de la anterior, excepto los dos últimos, enfocados mayormente hacia el fomento de las emociones positivas y de la autorreflexión.

Al comienzo de la sesión se pondrá en común en el grupo cómo les ha ido la semana en cuanto a si han mantenido la abstinencia o no y qué se puede hacer, al igual que en la sesión anterior, haciendo hincapié en los aspectos positivos y en las consecuencias de la abstinencia como el apetito, el estreñimiento, realizar ejercicio físico, etc. Una vez más, si no han conseguido dejar de fumar en este momento, se vuelve a recordar la diferencia entre caída y recaída y a resaltar la importancia de seguir con el programa hasta el final. Aunque parezca un retroceso, deberemos de volver a lo trabajado en la segunda sesión fortaleciendo esas motivaciones que nos han hecho estar aquí, dispuestos a abandonar el consumo del tabaco. Pero también es igualmente



importante tener siempre presentes las barreras que no acompañarán en cada momento y la importancia de saber manejar las emociones surgidas en los malos momentos, ya que son las desencadenantes principales de las recaídas. Y, por tanto, en caso de no fumar actualmente, pero sin ser capaces de habernos mantenido abstinentes en todo momento, es vital reforzar el mantenimiento del propósito después de sufrir una caída. Por ello, en este momento es necesario seguir trabajando la caída como se hizo de forma imaginada en la sexta sesión para ver los signos de debilidad, las emociones, los pensamientos concretos, etc., que se han tenido para poder fortalecer las muestras específicas de afrontamiento efectivo. Este es un momento en el que se podría utilizar algún otro recurso literario, como el cuento de *el círculo del 99*, en caso de no haberse utilizado en la sesión anterior, u otro de similares características.

Una vez más, se vuelve a realizar una revisión del autorregistro de deseo durante la abstinencia o de comentar los aspectos relacionados con el deseo de fumar y con las emociones negativas surgidas a lo largo de la semana. Es preciso recalcar la idea de que es totalmente normal tener pensamientos en relación con el deseo de fumar y sentirse mal por querer hacerlo, experimentando así emociones que nos hacen sentir mal. Sin embargo, tener un buen locus de control interno es necesario. Hay que fortalecer el cambio de hábitos en cada uno de los miembros del grupo. Para trabajar este objetivo tan importante, se podría volver a la literatura leyendo algún relato que ilustre de forma análoga la función de lo que se intenta esclarecer en esta sesión. Un ejemplo podría ser el cuento del *vuelo del halcón*:

Un rey recibió como obsequio, dos pequeños halcones, y los entregó al maestro de cetrería, para que los entrenara. Pasado unos meses, el maestro le informó al rey que uno de los halcones estaba perfectamente, pero que al otro no sabía que le sucedía; no se había movido de la rama donde lo dejó desde el día que llegó.

El rey mandó llamar a curanderos y sanadores para que vieran al halcón, pero nadie pudo hacer volar el ave. Encargó, entonces, la misión a miembros de la corte, pero nada sucedió.

Al día siguiente, por la ventana, el monarca pudo observar, que el ave aún continuaba inmóvil. Entonces, decidió comunicar a su pueblo que ofrecería una recompensa a la persona que hiciera volar al halcón.

A la mañana siguiente, vio al halcón volando ágilmente por los jardines. El rey le dijo a su corte, Traedme al autor de ese milagro. Su corte rápidamente le presentó a un campesino. El rey le preguntó:

- ¿Tú hiciste volar al halcón ¿Cómo lo hiciste ¿Eres mago?

Intimidado el campesino le dijo al rey



- Fue fácil, mi rey, sólo corté la rama, y el halcón voló. Se dio cuenta que tenía alas y se echó a volar.

Una vez relatado el cuento, se puede volver a cada autorregistro, aprovechando alguna circunstancia concreta de la semana y tratando de desmenuzarla para observar y comprender cada reacción dándole sentido y proveyendo de herramientas para afrontarla si vuelve a surgir posteriormente. Una vez identificadas las reacciones emocionales, se pueden realizar ejercicios de role playing sobre expresión emocional y tratar de exponer diferentes contextos de intervención. En este caso, se dio importancia al relato directo de cada miembro del grupo sobre las preocupaciones mostradas, creyendo que este malestar iba a estar presente cada día de su vida, sin embargo, otro de los objetivos en la clarificación emocional es llegar a conseguir que cada emoción fluya no siendo esclavo de sus consecuencias más habituales a nivel comportamental, consiguiendo seguir en la dirección elegida en contra de lo experimentado. Es clave en este instante dejar claro lo efímero de tales sensaciones desagradables, es decir, que tras todo este planteamiento interventivo disminuirán hasta dejar de ser experimentadas.






Posteriormente, pasamos a ir realizando un cambio de perspectiva en cuanto al ámbito emocional. En lugar de ir observando, comentando, desglosando y trabajando las emociones negativas que van surgiendo debido al mantenimiento de la abstinencia, podríamos proseguir realizando un enfoque más positivo, aportando a cada persona una visión agradable de las opciones que tiene ahora, una vez se libere del yugo nicotínico. En este sentido es necesario trabajar en positivo en el sentido de que es momento de buscar otras fuentes de satisfacción personal diferentes al tabaco y que provoquen buenas sensaciones, como viajar, quedar con los amigos para practicar algún deporte, ir a la playa, disfrutar del cine, de la música, etc. Es decir, plantearse que en la vida hay innumerables fuentes de bienestar fuera del consumo. Para ello se podría realizar la tormenta de ideas en grupo con el objetivo de detallar todo tipo de cosas que podemos realizar y que nos llenan. También se podría pedir a cada uno de los miembros del grupo que elaborara un listado en el que se detallan al menos diez actividades que le gusten, que las anoten en una hoja y que la cuelguen en un lugar de paso en su casa, en su trabajo o donde quieran para que la tengan presente y hagan al menos una de ellas al día. Es un ejercicio sencillo, muy reforzante y que puede lograr una motivación extra para mantener la abstinencia. No se trata únicamente de sustituir una cosa por otra, sino de que comprendan que existen muchas cosas en la vida que nos pueden llenar y que



realmente no necesitamos fumar para poder sentirnos bien física, psíquica y emocionalmente.

Para concluir con la sesión, se podría realizar un último ejercicio de reflexión sobre el bienestar emocional⁵. El objetivo de esta actividad no está en trabajar directamente el tema del consumo, sino más bien de reflexionar sobre las experiencias emocionales generales de cada miembro del grupo, comprobando la capacidad para identificarlas, expresarlas y afrontarlas. Para ello se utiliza el *Índice de Bienestar Emocional* (Figura 12), incidiendo en que el objetivo del cuestionario no es obtener una puntuación global sobre si se tiene o no un adecuado nivel de bienestar emocional, sino que se reflexione sobre esta capacidad en cada uno de ellos, valorando así cada experiencia emocional, para ponerla, posteriormente, en relación a las emociones surgidas durante la abstinencia.

Figura 12. Índice de Bienestar Emocional

Índice de bienestar emocional	Nunca	A veces	Bastante	Casi siempre	Siempre
	1 	2 	3 	4 	5 
¿Se permite mostrar abiertamente sus emociones?					
¿Se permite mostrar signos de alegría en público?					
¿Es frecuente que ofrezca muestras de afecto y cariño (abrazos, besos) entre sus familiares y amigos?					
¿Se permite hablar abiertamente de sus miedos y sus fracasos?					
¿Acostumbra a utilizar el humor en los momentos de conflicto?					
¿El sentido del humor es un valor fundamental para usted?					
¿Ofrece muestras de simpatía, amabilidad y generosidad con frecuencia?					
¿Considera que tiene capacidad para perdonar y dar una segunda oportunidad?					
¿Expresa sentimientos de tristeza o malestar a otros?					
¿Tiene una visión positiva de futuro y se anima a conseguirlo?					
¿Tiende a ver el lado positivo de las cosas y aceptar los errores y los fracasos con una sonrisa?					
¿Aprecia la importancia de lo cotidiano y tiende a disfrutar de ello?					
¿Invierte tiempo y recursos en la práctica de actividades lúdicas?					

⁵ En este caso se optó por comentar de forma abierta y explícita cada uno de los aspectos relacionados con la expresión emocional, las sensaciones surgidas antes de la abstinencia total y durante la abstinencia, comprensión sobre la relevancia de las emociones y de saber gestionarlas en cada momento de nuestra vida y no únicamente en referencia al consumo de tabaco, etc., sin la realización de ningún registro.

SESIÓN 9

La novena y la décima sesión, están enfocadas a reforzar los avances en el mantenimiento de la abstinencia y a tratar los aspectos negativos relacionados con la presencia continua de barreras. Es decir, que se trata de potenciar lo positivo e intentar combatir lo negativo con las herramientas que se han ido adquiriendo a lo largo de todas las sesiones. En este sentido, se realizarán las siguientes acciones: *1) revisar el estado de los miembros del grupo con respecto al consumo; 2) revisar el ejercicio de expresión emocional; 3) Seguir trabajando con las emociones positivas y realizar ejercicios para poder ejercitarlas.*

En cuanto a la revisión del estado con respecto al consumo, se trabajará de la misma forma que en las dos sesiones anteriores, comprobando si se está manteniendo la abstinencia o no.

Seguidamente, se tratará de exponer en el grupo algún ejercicio personal en cuanto a la expresión emocional y su relación con el consumo de tabaco. Para ello cada miembro podrá leer su propio ejercicio para que, posteriormente, el terapeuta abra una discusión sobre tal situación. El sentido de todo ello es saber identificar los elementos fisiológicos, cognitivos y situacionales que intervienen, etiquetar la emoción surgida y plantearse la pregunta de qué hubiera pasado si al sentir todo eso se hubiera decidido fumar. Es importante que cada miembro comprenda que es imposible escapar a los pensamientos, a las sensaciones o a las emociones, pero que podemos decidir comportarnos según tales elementos o hacerlo de otra forma. Podemos sentirnos tristes al querer fumar y no hacerlo, pero la decisión final de terminar consumiendo o no, explica el camino que queremos seguir, con cada uno de sus obstáculos.

Otro de los aprendizajes que se pueden obtener del desarrollo de toda la intervención, es comprender que detrás de todo ese aluvión de síntomas negativos característicos del síndrome de abstinencia y del fuerte deseo de fumar, existen muchas cosas en la vida que nos provocan sentimientos positivos, agradables y reforzantes que pueden ir alejándonos del consumo. Por ello, se incide en la relevancia de seguir



trabajando con las emociones positivas, revisando la lista de actividades placenteras que se propuso realizar en una sesión anterior. El objetivo es observar tales actividades, valorar lo positivo de ellas y el grado de satisfacción al realizarlas e intentar que siga existiendo un compromiso en seguir realizándolas a lo largo de la semana.

SESIÓN 10

Esta décima sesión es la última antes del primer seguimiento, por lo tanto, los objetivos principales son revisar por última vez el estado de cada miembro del grupo con respecto al consumo, como en las tres sesiones anteriores, reforzar la autoeficacia para conseguir que se siga manteniendo la abstinencia sin necesidad de una supervisión constante, siendo uno mismo el responsable total de no seguir fumando y realizar una revisión final sobre los recursos emocionales definitivos instaurados en cada uno.

Esta última sesión podría denominarse como “*el día de la independencia*”, ya que se hace balance de la situación personal con respecto al mantenimiento de la abstinencia, la autoeficacia, el autoconocimiento personal, psíquico y emocional y el autocontrol, concienciándose definitivamente de que uno es mucho más que el brote de pensamientos o emociones, llevando el rumbo de la propia vida hacia donde se quiera.

Es importante ofrecerse a uno mismo un feedback sobre el camino recorrido desde el principio de la terapia hasta el final, haciendo un ejercicio en el que se reflejen las expectativas que tenía cada miembro del grupo al principio de la intervención, las diferentes situaciones en las que cada uno ha deseado fumar a lo largo del tratamiento y los hechos que han sucedido posteriormente. Así, se consigue provocar un sentimiento positivo y muy reforzante de eficacia en la propia persona al concienciar del éxito obtenido frente a los diferentes obstáculos del camino, viendo que se puede abandonar el consumo si uno está lo suficientemente motivado y dispuesto a dejarlo definitivamente, contemplando la vida sin tabaco mucho más placentera a medio/largo plazo pese a las dificultades.



Finalmente, se realizará una sesión de seguimiento a los seis meses y otra definitiva al año de haber finalizado la intervención, correspondiendo con las sesiones 11 y 12.

No obstante, los resultados obtenidos con los dos participantes que siguieron el tratamiento hasta el final fueron muy positivos, con algún periodo más complicado en uno de ellos, aunque consiguieron mantener una evolución muy favorable previendo que sigan en esta misma dirección cuando se realicen los pertinentes seguimientos.



CONCLUSIONES

Está claro que el acto de fumar se conceptúa de la misma forma que se hace con el resto del repertorio comportamental del ser humano. Existen unos mecanismos básicos y esenciales que trabajan maquiavélicamente para que actuemos en una u otra dirección. Sin embargo, es importante no olvidar algo que crece en nuestro interior y que en muchas ocasiones se ha infravalorado ofreciendo una imagen débil de nosotros mismos, esto es la voluntad. Querer es poder. Aunque no es suficiente, primero hay que querer algo y tener la voluntad de hacerlo, pero también debemos de concienciarnos de que nos puede costar bastante conseguir realizar lo que nos proponemos, más aun cuando es verdaderamente importante para nosotros. Por lo tanto, si queremos dejar de fumar, podremos hacerlo, pero debemos de tener voluntad por hacerlo, valor para pasarlo mal en algunos momentos, pero ¿Qué es la vida? ¿Acaso no es disfrutar de los buenos momentos? ¿Y acaso no es aprender de los malos? Los momentos buenos y los momentos malos se funden para decirnos quiénes somos y dónde estamos. Incluso, hay quien dice que el dolor es adaptativo, que nos pone alerta y nos enseña que está sucediendo algo a lo que tenemos que poner atención.

Otro aspecto importante para el cambio, está claro que es saber cómo hacerlo. En muchas ocasiones podremos apañárnoslas solos, sin embargo, habrá otras muchas situaciones en las que necesitemos ayuda. El objetivo principal que debe de buscar todo terapeuta no es conseguir que una persona logre sus objetivos, sino que sea la persona la que descubra, aprenda, modifique, etc., las habilidades necesarias para solucionar los problemas de forma autónoma, consiguiendo así el desvanecimiento total de la figura del psicólogo. Es decir, el objetivo del psicólogo debe de ser el de guiar a la persona para luego desaparecer y que sea ella misma la que se valga de sus propios conocimientos para hacer frente las adversidades de la vida.

Sin embargo, ante todo lo que se está comentando en estas líneas finales, se hace necesario entender la adicción al tabaco desde una perspectiva biológica (dependencia y tolerancia física), psicológica y social. Por ello, todo lo que se está planteando tiene que tener presentes cada una de estas dimensiones para llegar a conseguir el abandono de tal sustancia y el mantenimiento de la abstinencia a lo largo del tiempo. Por eso, síntomas físicos, síntomas psicológicos, emocionales, sociales, contextuales, etc., deben de ser



tratados de forma simultánea, aunque sin solapar la dirección de las intervenciones. El ser humano es un conjunto que no tiene sentido tratar de forma aislada en elementos diferenciados, sino que, más bien se hace completamente necesario buscar la razón funcional básica de cada una de ellas para comprender y manejar tanto los puntos fuertes como los débiles y conseguir así una intervención idónea y efectiva.

No obstante, para acabar con las conclusiones extraídas del presente trabajo, que tan sólo muestra con humildad los aprendizajes adquiridos en este camino, quisiera mencionar que existe una forma totalmente efectiva para abandonar el consumo de tabaco, aunque no es sencilla de hacer y no se plasma en los tratamientos o en los programas al uso. Puede que, después de haber expuesto todo lo anterior, lo dicho a continuación suene absurdo, simplista o poco profesional, sin embargo, dicho esto, la forma más eficaz de abandonar el consumo de tabaco se resume en un par de líneas, y es *estar totalmente convencido de que se quiere dejar de fumar y estar dispuesto a sufrir lo que haga falta para conseguirlo*. Si una persona tiene la suficiente motivación para abandonar el tabaco, está convencido de que quiere hacerlo y, además, está dispuesto a pasarlo mal en todos los sentidos, conseguirá dejarlo para siempre.

Finalmente, a pesar de contemplar la adicción al tabaco como un cruel enemigo al que no podemos vencer y que nos tiene atrapado, es importante que seamos conscientes y confiemos plenamente en que el cambio es posible, en que podemos hacer y ser las personas que nos propongamos ser si estamos totalmente convencidos de que queremos cambiar, incluso hasta tal punto de no reconocernos en un futuro en caso de mirar atrás. Si no queremos estar a merced de lo que nos dicta un cigarrillo tendremos que trabajar duro pero se podrá conseguir. Con estas palabras se pretende hacer ver el potencial tan grande que tiene el ser humano para conseguir cambiar el rumbo de su vida si se lo propone, trabajando duro y confiando en sus posibilidades. Tanto es así que puede llegar un día en el que echemos la vista atrás y contemplemos la evolución que se ha tenido y sintamos verdaderamente que podemos deshacernos del yugo de la adicción al tabaco, incluso hasta no reconocerlo, separándolo finalmente de quienes somos realmente.

¡Discúlpeme!, No le había reconocido... ¡He cambiado tanto!

(Oscar Wilde)



REFERENCIAS

- Ashenden, R., Silagy, C.A., Lodge, M. y Fowler, G. (1997). A meta-analysis of the effectiveness of acupuncture in smoking cessation. *Drug And Alcohol Review*, 16 (1), 33-40.
- Becoña, E. (2003). El tratamiento psicológico de la adicción a la nicotina. *Papeles del Psicólogo*, 85, 48-69.
- Becoña, E. (2004a). *Guía clínica para ayudar a los fumadores a dejar de fumar*. Valencia: Socidrogalcohol.
- Becoña, E. (2004b). Tratamiento psicológico del tabaquismo. *Adicciones*, 16, 237-263.
- Bustamante, R. (2002). El tratamiento psicológico de la adicción al tabaco en España. Una revisión. *Salud y Drogas*, 2, 11-13.
- De Larriva Casares, V. y Cárdenas Abad, M. (2008). Tratamiento psicológico. En S. Moreno Mariscal (Coord.). *Guía de práctica clínica de adicción al tabaco* (pp. 121-131). Consejería para la igualdad y el bienestar social, Junta de Andalucía.
- Elkins, G.R. y Rajab, M.H. (2004). Clinical hypnosis for smoking cessation: preliminary results of three-session intervention. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 52, 73-81.
- Foxx, R.M. y Brown, R.A. (1979). Nicotine fading and self-monitoring for cigarette abstinence or controlled smoking. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 12, 111-125.
- Gil Roales-Nieto, J. (1992). Reducción progresiva de la ingesta de nicotina y desvanecimiento de los controles externos como procedimiento de control del tabaquismo. *Psicothema*, 4, 397-412.
- Gil Roales-Nieto, J., López Ríos, F. y Moreno San Pedro, E. (2001). Características del consumo de tabaco: Un estudio transversal. *Revista Internacional de Psicología y Terapia Psicológica / International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 1, 79-92.



- Gil Roales-Nieto, J. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces en el tabaquismo. En M. Pérez Álvarez, C. Fernández Rodríguez y J.R. Fernández Hermida (coord.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces. Vol II* (pp. 287-353). Madrid: Pirámide.
- Gil Roales-Nieto, J. (2004). *Psicología de la salud. Aproximación histórica, conceptual y aplicaciones*. Madrid: Pirámide.
- Hajek, P. y Stead, L.F. (2008). Tabaquismo aversivo para el hábito de dejar de fumar (Revisión Chrocane traducida). En *Cochrane Library, Issue 2*. Chichester: Wiley and Sons, Ltd.
- Hernández López, M. (2007). *Comparación entre distintos tratamientos para el tabaquismo: estrategias de aceptación vs estrategias de control*. Tesis Doctoral no publicada. Universidad de Almería.
- Jiménez, L., Bascarán, M^a. T., García-Portilla, M^a. P., Sáiz, P.A., Bousoño, M. y Bobes, J. (2004). La nicotina como droga. *Adicciones*, 16, 143-154.
- López Rios, F., Gil Roales-Nieto, J. y Ayllón, T. (2001). Comparación de la eficacia de dos programas de intervención psicológica en tabaquismo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 6, 197-212.
- Mayer, J.D., Salovey, P., Caruso, D.R. y Sitarenios, G. (2001). Emotional Intelligence as a standard intelligence. *Emotion*, 1, 232-242.
- Mendoza Figueroa, M.E. (2000). La hipnosis como adjunto en el tratamiento del hábito de fumar: Estudio de caso. *Psicothema*, 12, 330-338.
- Molina del Peral, J.A. (2001). La hipnosis en la terapia cognitivo-conductual: Aplicaciones en el campo de las adicciones. *Adicciones*, 13, 31-38.
- Moreno Mariscal, S. (2008). *Guía de práctica clínica de adicción al tabaco*. Consejería para la igualdad y el bienestar social, Junta de Andalucía.
- Muñoz García, M.A. (2007). *Mecanismos motivacionales del craving: Ansia por el tabaco*. Granada: Universidad de Granada.



- Pérez Álvarez, M. (2007). La Activación Conductual y la desmedicalización de la depresión. *Papeles del Psicólogo*, 28, 97-110.
- Pérez Trullén, A., Clemente Jiménez, M. L. & Herrero Labarga, I. (2003). Otras alternativas terapéuticas de utilidad en la deshabituación tabáquica. En M. Barrueco Ferrero, M. A. Hernández Mezquita y M. Torrecilla García (Dir). *Manual de Prevención y Tratamiento del Tabaquismo*. Madrid: Ergon.
- Regalado-Pineda, J., Lara Rivas, G., Osio Echánove, J. y Ramírez Venegas, A. /2007). Tratamiento actual del tabaquismo. *Salud Pública de México*, 49, 270-279.
- Riet, G., Kleijnen, J. y Knipschild, P. (1990). A metaanalysis of studies into the effect of acupuncture on addiction. *British Journal of General Practice*, 40, 379-382.
- Romero Palacios, P.J., León Guerrero, M.J., Mora de Sambricio, A., Pérez Chica, G., Gómez Miranda, J.C. y Millán Cachinero, J.C. (1999). Programa de deshabituación antitabaco: “Tabaco no, Gracias”. *Revista de la Asociación de Neumólogos del Sur*, 11, 3-21.
- Salovey, P. y Mayer, J.D. (1990). Emotional Intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*, 9, 185-211.
- Secades, R., Díez, A.B. y Fernández, J.R. (1999). Eficacia de un programa multicomponente para dejar de fumar con y sin chicle de nicotina. *Psicología Conductual*, 7, 107-118.
- Secades, R. y Fernández, J.R. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: nicotina, alcohol, cocaína y heroína. *Psicothema*, 13, 365-380.
- Spiegel, D., Frischholz, E., Fleiss, J. y Spiegel, H. (1993). Predictors of smoking abstinence following a single-session restructuring intervention with self-hypnosis. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1090-1097.
- White, A.R., Resch, K.L. y Ernst, E. (1999). A metaanalysis of acupuncture techniques for smoking cessation. *Tobacco Control*, 8, 393-397.

